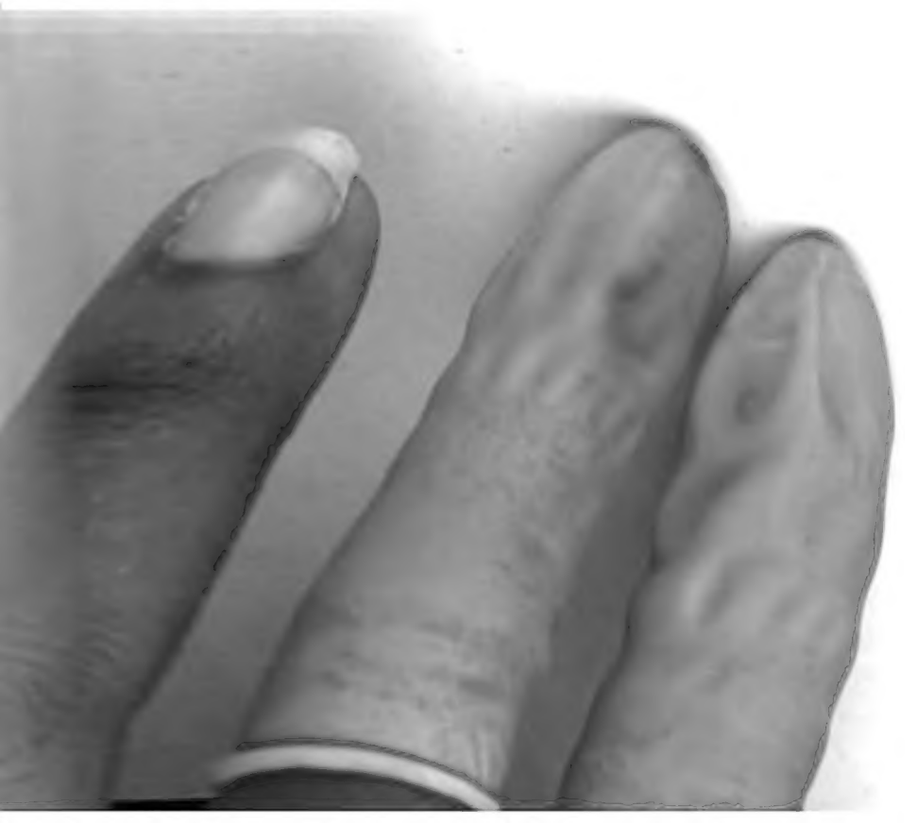
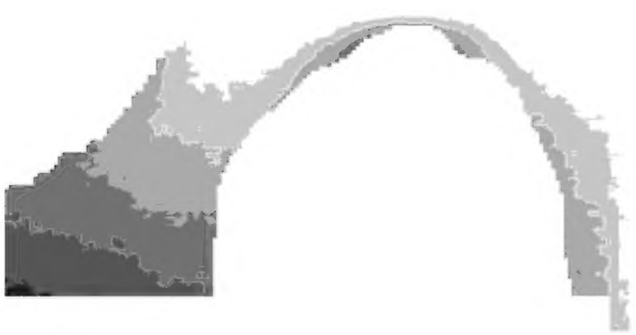
Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-ge...

Digitized by Google

610.5
A44
Z5



Digitized by Google



Digitized by Google

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München — **von Krafft-Ebing** Wien — **Pelman** Bonn — **Schuchardt** Sachsenberg — **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Sanitätsrath
Dr BERKHAN
BRAUNSCHWEIG

Achtundvierzigster Band.

Mit sieben Tafeln.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1892.

Digitized by Google

Inhalt.

Erstes und zweites Heft.

Originalien.

Seite

Die Psychosen der Influenza. Von Prof. Dr. *Kirn* in Freiburg. . . 1

Beitrag zur Kenntniss der Wurzeln des Trigeminusnerven. Von Dr. *Hans Gudden*-München. (Hierzu Taf. I.) 16

Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen. Von Dr. *Oebeke* in Bonn (Endenich). 34

Ueber einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung. Von Dr. *Kuhnen*-Pfullingen. 60

Prognose bei Manie. Von *W. Willerding*, pract. Arzt in Grohnde a. Weser, früher Assistenzarzt an der Irrenanstalt zu Hildesheim. 72

Ueber Zwangsreden. Von Dr. *Otto Klinke*-Leubus. 91

Erläuterungen zu den statistischen Tabellen aus der städtischen Irrenheilanstalt zu Tokio, Japan. (Tokio-Fu Sugamo Hospital.) Von Prof. Dr. *Hasimé Sakaki*. (Hierzu Taf. II.) 109

Duboisinum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken. Von Dr. *Vladimír Preininger*, Assistenten der böhm. psychiatr. Klinik in Prag. 134

Ueber einen Fall von erworbener Porencephalie mit secundärer Degeneration in der Opticusbahn und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses. Von Dr. *H. Kreuser*-Winnenthal. (Hierzu Taf. III u. III[a].) 146

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 51. Sitzung zu Breslau am 25. November 1889. 168

Dr. *Clemens Neisser*-Leubus, Casuistische Mittheilungen. 168

Prof. Dr. *Wernicke*-Breslau, Mittheilungen aus der Breslauer psychiatrischen Klinik. 169

Anatomische Demonstrationen mittelst des Projectionsapparates. . 169

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 52. Sitzung zu Breslau am 24. Februar 1890 169

Dr. *Kahlbaum*-Görlitz, Ueber die sogenannte Verrücktheit (Paranoia) mit Bemerkungen über die Forschungsmethoden in der Psychiatrie. 169

Dr. *Sachs*-Breslau, Ueber das Occipitalmark des menschlichen Gehirns. 170

Anatomische Demonstrationen mittelst des Projectionsapparates. . 170

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 53. Sitzung zu Leubus am 15. Juni 1890. 170

Prof. Dr. *Kraepelin*-Dorpat, Ueber Katalepsie. 170

166212

Digitized by Google

Seite

Dr. *Clemens Neisser*-Leubus, Ueber Katatonie mit klinischen Demonstrationen. 172
Dr. *Lissauer*-Breslau, Zur pathologischen Anatomie der Paralyse. . 172
Dr. *Alter*-Leubus, Die Heilanstalt Leubus im Rahmen der provinziellen Irrenpflege. 172
Dr. *Schubert*-Leubus, Zur Pathogenese des circulären Irreseins. . . 174
Dr. *Clemens Neisser*-Leubus, Ein Ueberblick der Anstalt Leubus. . 174
45. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 28. Juni 1890 in Bonn. 174
Brie, Einen Fall von Geistesstörung bei multipler Neuritis. . . . 175
Schmitz, Ueber Geistesstörung nach Influenza. 179
Schröter, Ueber gerichtliche Pflegschaft für Irre und Endmündigungsverfahren. 182
Hertz, Ueber Isolirräume. 183
46. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 15. November 1890 in Bonn. 187
Steiner, Ueber die Entwickelung der Functionen des Grosshirns. . 188
Zacher, Ueber 2 Fälle von acuter Paralyse. 188
Fr. Schultze, Erfahrungen über Höhlenbildung innerhalb des Gehirns und Rückenmarks. 189
Peretti, Kurze Mittheilung über Versuche mit Piperazidinum (Sperminum) hydrochloricum. 190
22. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe, den 8. und 9. November 1890. 191
Prof. *Kirn*-Freiburg, Die Neurosen und Psychosen der Influenza. . 191
Dr. *Kuhnen*-Pfullingen, Ueber einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung. 195
Dr. *Nissl*-Frankfurt a. M., Ueber die Veränderungen der Ganglienzellen am Facialiskern des Kaninchens nach Ausreissung der Nerven. 197
Dr. *Kreuser*-Winnenthal, Ueber einen Fall von Porencephalie. . . 198
Dr. *Landerer*-Illenau, Demonstration eines Gehirns mit congenitaler meningealer Cystenbildung. 199
71. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. März 1891. 199
Dr. *A. Cramer*-Eberswalde, Ueber Kleinhirnatrophie. 200
Dr. *Weber*-Dalldorf, Ueber Behandlung der Epilepsie mit Amylenhydrat. 202

Literatur.

Kovalevsky, Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses. Traduit par Wladimir de Holstein. Paris 1890. 8. p. 272. Von *Kirn*. 211
Dr. *Th. Ziehen*, Leitfaden der physiologischen Psychologie in 14 Vorlesungen. Jena 1891. 176 S. 4 M. Von *Pelman*. 213
Der Hypnotismus, seine psychophysiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung. Von Dr. *August Forel*. 2. Aufl. Stuttgart, Enke, 1891. gr. 8°. 172 S. Von *Max Dessoir*. 214

Digitized by Google

Seite

Dr. *A. Delbrück*, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Eine Untersuchung über den allmählichen Uebergang eines normalen psychologischen Vorganges in ein pathologisches Symptom. Für Aerzte u. Juristen. Stuttgart 1891. 131 S. Von *Pelman* 215

Statistique Historique du Grand-Duché de Luxembourg. Hospice central d'Ettelbrück Assistance des infirmes indigents. Régime hospitalier et légal des aliénés 1815—1890 par le Dr. *A. Buffet*, Médecin-Directeur de l'hospice central. 15. Novembre 1889, Luxembourg, imprimerie de la cour. V. Bück, Leon Bück succ. Von Dr. *Nötel.* 218

S. V. Clevenger, Spinal concussion: surgically considered as a cause of spinal injury, and neurologically restricted to a certain symptom group, for which is suggested the designation *Erichsen*'s Disease as one form of the traumatic neuroses; with thirty wood-engravings. Philadelphia and London. F. A. Davis. 1889. Von *Seeligmüller.* 226

Experimentelle Studien auf dem Gebiete der Gedankenübertragung und des sog. Hellsehens. Von *Ch. Richet.* Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Freiherrn *von Schrenck-Notzing.* Stuttgart, Enke, 1891. gr. 8°. 254 S. Von *Max Dessoir.* 227

Hypnotisme et croyances anciennes. Par le Dr. *L. R. Regnier.* Paris, Publication du Progrès Médical, 1891. 4°. XXIII. 221 S. Von *Max Dessoir.* 228

R. v. Krafft-Ebing, Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. 6. verm. und theilw. umgearbeitete Aufl. Stuttgart, Ferd. Enke. 1891. 328 S. Von *L.* 229

E. A. Schroeder, Zur Reform des Irrenrechtes. Social-wissenschaftliche Rechtsuntersuchungen. Zürich u. Leipzig. 1891. 69 S. Von *Pelman.* 229

H. Laehr, Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes im Jahre 1890. Mit geogr. Karte. Berlin, Reimer. 1891. 8°. 231 S. Von *L.* 232

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Sprachstörungen aus Hypochondrie und ähnliche Störungen der formalen Lautsprache bei Geisteskranken überhaupt. Von Dr. *Klinke*-Leubus. 233

Italiens Irrenwesen im Anfang unseres Jahrhunderts. Von Dr. *M. Fraenkel*-Dessau. 240

Reichsgerichts-Entscheidung. Verbringung eines Kranken in eine Irrenanstalt. 242

Aus Halle. — Aus Pommern. — Provinz Posen. — Aus Schlesien. — Fahrpreisermässigung für Geisteskranke in Mecklenburg. — Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. — Manicomio Chiarugi in Florenz. — Die New-York State-Commission in Lunacy. — Nekrolog *Kelp*'s. — Nekrolog *Kiderle*'s. — Vorläufige Mittheilung für den Verein der deutschen Irrenärzte. — Verein zum Austausche der Anstaltsberichte. — Mittheilung. 243

Personal-Nachrichten. 256

Digitized by Google

Drittes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 2. Halbjahre 1890.

Viertes Heft.

Originalien.

Seite

Lüge und Geistesstörung. Ein Gutachten von Dr. *C. Moeli*-Dalldorf. 257

Hyoscin als Sedativum bei chronisch-geisteskranken Frauen. Weitere Mittheilung von Dr. *Näcke*-Hubertusburg. 301

Zur Theorie der Hallucinationen. Von Geheimrath Dr. *Tigges*-Düsseldorf. 309

Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia. Von *Wl. Serbski*-Moskau. 328

Klinische Mittheilungen von Dr. *Nicolaus Ostermayer*-Budapest. . . 344

Ueber eine seltene Form von Neurasthenia sexualis mit Zwangsvorstellungen. Mitgetheilt von Prof. v. *Krafft-Ebing*. 368

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

47. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 13. Juni 1891 in Bonn. 380

Dr. *Schmitz*-Bonn, Zur englischen Irrengesetzgebung. 380

Dr. *Erlenmeyer*, Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung. 381

Dr. *Tigges*, Zur Theorie der Hallucinationen. 386

Dr. *Alzheimer*-Frankfurt a. M., Ueber einen Fall von spinaler progressiver Muskelatrophie mit hinzugetretener Erkrankung bulbärer Kerne und der Rinde. 388

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 54. Sitzung zu Breslau am 2. December 1890 389

Dr. *Kahlbaum*-Görlitz, Die sogenannte Paranoia. 389

Dr. *Kiefer*-Görlitz, Ueber einen Fall von Hebephrenie 389

Dr. *Freund*-Breslau, Demonstrationen einiger Fälle von sogen. traumatischer Neurose. (Autorreferat.) 390

Dr. *Hahn*-Breslau, Ueber einen Fall von chronischer Geisteskrankheit im Anschluss an fortgesetzten Alkoholmissbrauch. 395

Dr. *Freund*-Breslau, Demonstrationen. 396

Dr. Dr. *Sachs* und *Lissauer*-Breslau, Demonstrationen. 396

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 55. Sitzung zu Breslau am 2. März 1891. 396

Dr. *Lissauer*-Breslau, Klinisches und Anatomisches über die Heerdsymptome bei Paralyse. (Autorreferat.) 397

Dr. *Hahn*-Breslau, Einen Fall von acuter Geisteskrankheit im Kindesalter. 398

Einen Fall von acuter Verwirrtheit. 399

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 56. Sitzung in der Prov.-Irrenanstalt zu Rybnik am 21. Juni 1891. 401

Digitized by Google

Seite

Dr. *Zander* demonstrirt einen Fall von Schädelabnormität in Folge von Osteom. 401

Dr. *Buttenberg* demonstrirt kurz ein durch Section gewonnenes Präparat eines Fremdkörpers im Oesophagus. 402

Dr. *Dinter*, Ueber epileptische Seelenstörung. 403

Dr. *Kurella*, Ein Fall von Geistesstörung bei Morbus Basedowii. . 403

25. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalen zu Hannover am 1. Mai 1891. 405

Dr. *Wahrendorff*-Ilten: Ueber Familienpflege. 405

Dr. *Bruns*-Hannover, Ein Fall von sensorischer Aphasie. 413

Dr. *Roller*-Lindenhaus, Brake, Casuistische Mittheilungen. . . . 417

Fälle von conträrer Sexualvorstellung. 420

Hysterie bei einem Kinde. 424

Jahres-Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar am 18. und 19. September 1891. 426

Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum. Ref. *Pelman*-Bonn, Corref. *Mendel*-Berlin. 428

Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit. Ref. *Jolly*-Berlin, Corref. *Roller*-Konstanz. 434

Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten. Ref. *Nötel*-Andernach, Corref. *Zinn*-Eberswalde. 465

Zur Fürsorge für Epileptische. Ref. Dr. *Wildermuth*-Stuttgart, Corref. *Laehr* sen., Zehlendorf. 476

Gegenwärtiger Stand der Aphasie-Frage. Ref. *Moeli*-Berlin, *Wernicke*-Breslau. 489

Therapeutische Verwerthung der Hypnose in Irrenanstalten. Prof. Dr. *Binswanger*-Jena. 494

Bericht über die 73. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Juni 1891. 530

Leppmann-Berlin-Moabit, Simulation von Geistesstörung umgrenzt von Störungsanfall und Rückfall. 530

Koenig-Dalldorf, Ueber eine anfallsweise auftretende Sprachstörung bei einer an Dem. par. leidenden Frau. 531

Dr. *Jastrowitz*-Berlin, Ueber ein Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Verdauungscanal. 532

Kleinere Mittheilungen.

Im Kanton St. Gallen (Schweiz) gültige gesetzliche Maassregeln zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke. Von Dr. *Karl Zinn*. 535

Gesetz im Königreich Preussen. 538

St. Jürgen-Asyl in Bremen. 539

Aus Russland. — Nekrolog *Jensen*. 540

Nekrolog *Bartens*. 546

Nekrolog *Jäckel*. — Verein zum Austausche der Anstaltsberichte. . 547

Personal-Nachrichten. 548

Fünftes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 1. Halbjahre 1891

Sechstes Heft.

Originalien.

Seite

Ueber die amnestische Geistesstörung. Von Dr. *Th. Tiling*, Director der Irrenanstalt zu Riga. 549

Duboisinum sulfuricum bei chronisch geisteskranken Frauen. Von Dr. *P. Näcke*-Hubertusburg. 566

Ein Fall von inducirter Melancholie. Von Dr. *K. O. Dees*, I. Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt zu Gabersee. 580

Ein Fall von Geisteskrankheit im Kindesalter. Von Dr. *F. Gerlach*, II. Arzt an der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter . . 586

Zur Lehre der toxischen Psychosen. (Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg i. H.) Von *Carl Knörr*, I. Hilfsarzt der Landes-Irrenanstalt zu Landsberg a. W. 599

Ueber Kochsalzinfusionen bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken. Von Dr. *Georg Ilberg*, Assistent der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg. 621

Ueber eine neue Construction von Isolirzimmer-Fenstern. Von Sanitätsrath Dr. *Paetz*, Alt-Scherbitz. 639

Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Erinnerungsfälschungen. Von Dr. *H. Schedtler*. Assistenten der Klinik. 645

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

23. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlruhe am 7. u. 8. November 1891. 651

Dr. *Schoenthal*-Heidelberg: über acute hallucinatorische Verwirrtheit. 651

Geh. Hofrath *Schüle*-Illenau: Casuistische Mittheilung. 653

Hofrath *Fürstner*-Strassburg: Ueber periphere Neuritis bei progressiver Paralyse. 656

Dr. *Wildermuth*-Stuttgart berichtet über 2 von Med.-R. Dr. *v. Burckhardt*-Stuttgart operirte Fälle von Epilepsie aus seiner Praxis. . 658

Dr. *Georg Ilberg*-Heidelberg: Ueber Kochsalzinfusion bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken. 662

Dr. *Vorster*-Stephansfeld: Ueber einen Fall von cerebraler Hemianästhesie. 662

Dr. *Kreuser*-Winnenthal: Ueber Druckempfindlichkeit d. Schädelnähte. 663

48. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 14. November 1891 in Bonn. 674

Nissl, Ueber experimentell erzeugte Veränderungen an den Vorderhornzellen des Rückenmarks bei Kaninchen mit Demonstration mikroskopischer Präparate. 675

Brie, Ueber Herdsymptome bei progressiver Paralyse. 682

Huberty, Mittheilungen über einzelne französische Irrenanstalten und französisches Irrenwesen. 682

Digitized by Google

Seite

73. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Dec. 1891. 685
Dr. *Hebold*-Sorau, Ueber die Sehnervenkreuzung beim Menschen. . 685
Dr. *Ascher*-Dalldorf, Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse. . . 685

Literatur.

Der politische Verbrecher und die Revolutionen in antropologischer, juristischer und staatswissenschaftlicher Beziehung von *C. Lombroso* und *Th. Laschi*. Uebersetzt von Dr. *H. Kurella*. 2 Bände mit 9 Taf. Hamburg 1892. 280 u. 287 S. Von *Pelman* 687

v. *Frankl*-Hochwart, Die Tetanie. (Berlin 1891. August Hirschwald.) Von *Seeligmüller*. 693

J. M. Charcot, Oeuvres complètes. Tome IX. Paris 1890. Von *Seeligmüller*. 694

Rinaldo Rainaldi, Le Localizzazioni cerebrali studiate in un caso d'ipnotismo. Foligno, 1891. 4°. p. 322. Mit 10 Taf. Von *Liebe* . . 695

D. *A. Schmitz*, Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung nebst dem Entwurfe eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke. — Bonn. 1891. 97 S. Von *L.* 698

Kleinere Mittheilungen.

Zur Fürsorge für Epileptische und Idioten in der Provinz Sachsen. 700
Aus der Provinz Brandenburg. 702
Aus Dalldorf. 703
Die Eröffnung der neuen Irrenheil- und Pflegeanstalt in Tworki bei Warschau. 704
Aus Hannover. — Aus Basel. — Nekrolog *Spamer*. 710
Einladung zur 9. Conferenz für das Idiotenwesen. 714
Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. 714
Druckfehler. 714
Personal-Nachrichten. 714

Die Psychosen der Influenza[1]).

Von

Prof. Dr. **Kirn** in Freiburg.

Hat uns auch das laufende Jahr so manche werthvolle Mittheilungen über die Nerven- und Geistesstörungen im Gefolge der Influenza gebracht, so hatten dieselben doch alle mehr oder minder einen casuistischen Charakter. Die bekannt gegebenen Beobachtungen entsprechen dem Zufall, der sehr verschieden seine Gaben vertheilt, während eine zusammenfassende Darstellung und Beurtheilung der verschiedenartigen hier in Betracht kommenden Störungen nirgends gegeben wurde.

Es scheint mir deshalb geboten, nunmehr einen Versuch zu machen, die zerstreuten Skizzen zusammenzufügen, um ein übersichtliches Bild über dieses ganze Thema zu entwerfen, namentlich mit Rücksicht auf die hochinteressante Thatsache, dass bei keiner einzigen ätiologisch verwandten Erkrankung das Nervensystem in gleich hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen wird.

Wir begegnen nervösen Symptomen der verschiedensten Art in allen Stadien der Grippe. Im febrilen Stadium der Erkrankung nur selten fehlend, stellen sie sich in vielen Fällen derart in den Vordergrund, dass man eine besondere, die „nervöse" Form der Influenza abgegrenzt hat; sie ziehen sich durch die ganze Erkrankung durch und treten wieder in anderen Fällen im Nachstadium nicht selten als die einzigen, oder wenigstens als die wichtigsten, Krankheitserscheinungen hervor.

[1]) Nach einem den 8. Nov. 1890 bei der 20. südwestdeutschen psych. Vers. gehaltenen, den 20. Nov. gl. J. an die Red. eingesandten Vortrag.

Digitized by Google

Unter den elementaren nervösen Störungen im febrilen Stadium fehlt fast niemals der Kopfschmerz, welcher, nicht selten von qualvoller Höhe, namentlich im Vorderkopf localisirt ist. Derselbe verbindet sich bald mit Schwindelgefühlen, bald mit hochgradiger Hyperästhesie der Sinnesorgane, seltener mit nervösem Erbrechen.

Weiter gehören zu den sehr häufigen Erscheinungen hartnäckige, kaum zu bekämpfende Schlaflosigkeit, qualvolle Muskelschmerzen in verschiedenen Körpertheilen, endlich höchst intensive, wahrscheinlich auf Neuritis beruhende, Nervenschmerzen, welche am häufigsten in den Bahnen des Nervus trigeminus (besonders im Bezirke des N. supra-orbitalis), seltener in denen der intercostalen, ischiadischen und anderen Nerven ihren Sitz haben.

Nach Ablauf des Fiebers erscheinen im Nachstadium weitere nervöse Störungen, welche allerdings weit seltener als die oben geschilderten Erscheinungen sind, aber theils eine längere Dauer, theils eine schwerere Läsion bekunden. Hier sind besonders anzuführen, schwere, oft unheilbare Veränderungen im Gebiete des Opticus, des Acusticus und der anderen Sinnesnerven, weiter motorische Störungen, namentlich Paresen der Augenmuskeln, Lähmungen einzelner, selbst aller Extremitäten, welche auf degenerative Neuritis zurückzuführen sind.

Endlich hat die Literatur einige, glücklicher Weise seltene, Fälle verzeichnet, denen schwere anatomische Veränderungen der nervösen Central-Organe zu Grunde lagen.

Weit häufiger und für uns hier von näherem Interesse sind die im Nachstadium der Influenza beobachteten Erscheinungen allgemeiner nervöser Abspannung, enormer geistiger und körperlicher Müdigkeit und Erschlaffung, welche jede ernste Arbeit hemmt, die nicht entfernt im Verhältniss steht zu der kurzen febrilen Krankheitsdauer und sich oft erst nach Wochen wieder ausgleicht.

Nicht in allen Fällen aber tritt dieser günstige Ausgang ein, vielmehr können sich auf der Grundlage dieser nervösen Schwäche — allerdings nur bei vorhandener Prädisposition — hysterische und neurasthenische Krankheitszustände entwickeln, welche Uebergänge zu den des Näheren hier zu besprechenden Psychosen darstellen.

Digitized by Google

Die psychischen Störungen der Influenza sind keineswegs, wie man aus dem Schweigen der Lehr- und Handbücher über dieselben annehmen könnte, neuen Datums, sie gehören keineswegs ausschliesslich unserer letzten Epidemie an, sie sind vielmehr so alt wie die Influenza selbst.

Schon im Jahre 1580, also vor mehr als dreihundert Jahren, wurden, wie ich einem alten Autor entnehme, Influenza-Psychosen beobachtet, dann wurden wieder zu Anfang und zu Ende des vorigen Jahrhunderts vereinzelte Fälle psychischer Störung bei damaligen Epidemieen berichtet, endlich theilte *Bonnet* in Bordeaux im Jahre 1837 einen Fall von Manie und *Crichton-Brown* 1874 einen solchen von acuter Demenz nach Influenza mit.

Immerhin erscheint es auffällig, dass aus einem mehrhundertjährigen Zeitraum, in welchem notorisch zahlreiche und heftige Grippe-Epidemieen gewüthet haben, nur diese vereinzelten dürftigen Nachrichten vorliegen. Aller Wahrscheinlichkeit nach haben auch bei diesen verflossenen Epidemieen Psychosen in grösserer Zahl nicht gefehlt — wohl aber die Psychiater, deren Feder uns solche überliefern konnte.

Unsere heurigen Beobachtungen, auf welche allein ich mich, angesichts dieses Literaturmangels, hier stützen werde, haben uns den unzweifelhaften Beweis erbracht, dass Psychosen während und nach der Influenza geradezu häufig auftreten. Wenn auch die einschlägigen Veröffentlichungen bis heute noch keine sehr reichlichen sind, so liegen doch bereits solche aus fast allen Ländern vor, welche jüngst die Influenza durchseucht hat. Auch werden wohl die meisten grösseren deutschen Anstalten nach meinen Erhebungen in ihren nächsten Jahresberichten einschlägige Fälle zu verzeichnen haben.

Ich stehe deshalb nicht an, schon heute die Behauptung aufzustellen, dass die geistigen Störungen im Gefolge der Influenza absolut häufiger als bei irgend einer anderen acutfebrilen Erkrankung auftreten.

Schwerer dürfte dagegen die Frage zu entscheiden sein, ob diese grössere Häufigkeit in Bezug auf die Zahl der Influenzafälle auch eine relative sei, angesichts der Thatsache, dass die Grippe in Folge ihrer hochgradigen Contagiosität etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Menschen, deren Wohnorte sie heimsucht, befällt —

Digitized by Google

ein Verhältniss, welches die Häufigkeit aller acuten epidemischen und endemischen Erkrankungen (mit Ausnahme vielleicht der acuten Exantheme) weit übersteigt. Wenn aber die zahlreichen und intensiven nervösen Erscheinungen, welche die Influenza setzt, beweisen, dass dieselbe gerade für das Nervensystem sehr gefährlich sei, so dürfte wohl auch die Annahme berechtigt sein, das menschliche Gehirn und somit auch seine seelischen Functionen seien in besonders hohem Grade diesem deletären Einflusse ausgesetzt.

Seit meiner früheren Mittheilung über die Influenzapsychosen haben sich die Publicationen über diesen Gegenstand bedeutend vermehrt. Die bekannt gegebenen Krankengeschichten sind keineswegs einheitlich, zeigen vielmehr eine so grosse Verschiedenheit, dass meine damalige Annahme, das von mir gezeichnete Krankheitsbild werde nicht erschöpfend sein, sich durchaus bewahrheitet hat.

Die Grundlage für meine Ausführungen bilden — nach Ausscheidung einer grösseren Zahl zweifelhafter oder allzu kurz skizzirter Fälle — meine eigenen Beobachtungen, die casuistisch mitgetheilten Fälle von *Pick, Becker, Ewald, Holst, Krause* sowie die grösseren Aufsätze von *Kräpelin, Mispelbaum, Solbrig, Nagy, Réviliod, Ladame, Van Deventer* und *Fehr* — im Ganzen 54 Fälle.

Ich weiss dieselben nicht besser als — nach dem Vorgange der Autoren — nach der Zeit ihrer Entstehung einzutheilen, und zwar in 1. die im febrilen Stadium und 2. die nach Ablauf des Fiebers aufgetretenen Störungen.

I. Die febrilen Störungen im weiteren Sinne des Wortes sind bei der Influenza keineswegs selten. Wurde ihrer doch in den meisten Berichten über die Verhandlungen ärztlicher Vereine über die Influenza Erwähnung gethan. Sie stellen sich — dem herrschenden Sprachgebrauche zufolge — überwiegend häufig dar als Fieberdelirien, weit seltener als länger dauernde Fieberpsychosen.

Die Fieberdelirien werden in der Regel als vorübergehende und nur elementare Störungen von den Psychosen mit längerer Dauer und complicirteren Erscheinungen als eigenartige Symptomcomplexe abgetrennt. Wenn nun auch eine derartige Unterscheidung aus praktischen Gründen ihre volle Berechtigung hat, so ge-

Digitized by Google

hören doch beide Zustände genetisch zusammen; sie stellen eigentlich nur verschiedene Grade der gleichen pathologischen Aeusserung dar. Die Fieberdelirien sind thatsächlich nichts anderes, als acute, transitorische Psychosen.

Diese ihre Bedeutung hat auch gerade wieder die jüngste Influenza-Epidemie bestätigt, indem man bei ihr in der Lage war, in allmäligem Uebergange alle Zwischenstufen von diesen Delirien bis zu denjenigen Zuständen, welche der gewöhnliche Sprachgebrauch als Psychosen anerkennt, zu beobachten.

Die Fieberdelirien, welche den analogen Erscheinungen beim Unterleibstyphus gleichen, stellen sich namentlich in Fällen ein, in welchen auch andere cephalische Störungen in den Vordergrund treten, wie Benommenheit und Trübung des Bewusstseins, Hyperästhesieen in den Sinnesgebieten u. A. m.; sie sind zumeist verbunden mit vorübergehenden Erregungs- oder Depressionszuständen.

Wir beobachten Fälle, in welchen die Influenza unmittelbar aus dem vollen Wohlgefühl heraus gleichzeitig mit hochansteigender Temperatur und mit lebhaften Delirien in Scene tritt, während ausser den cephalischen zunächst keine anderen Krankheitserscheinungen nachweisbar sind. Diese Delirien, welche sich mit Illusionen und Hallucinationen verbinden, sind bald mehr bald minder lebhaft, sowie verschiedenartig gestaltet, als Träumereien oder als verworrene Entäusserungen, bald mit lautem Jubeln und Schreien, bald mit Heulen und Wehklagen vorgebracht.

Bei den mit Pneumonieen complicirten Formen der Influenza tritt namentlich dieses Delir sehr häufig auf. Es unterscheidet sich aber wesentlich von dem Delirium der gewöhnlichen Pneumonieen, indem es nicht erst auf der Höhe der Lungenerkrankung mit adynamischem Charakter hervortritt, sondern auch schon in ihrem Beginne sich lebhaft geltend machen kann.

Das Delir kann aber auch ohne jede Lungenaffection sich einstellen; es kann die verschiedenartigsten anderen Krankheitserscheinungen begleiten, ihnen folgen, oder mit ihnen abwechseln, namentlich gilt dies auch von anderweitigen Gehirnerscheinungen.

Mitunter scheint sich ein sehr intensiver Kopfschmerz bis zur Höhe des Deliriums zu steigern, welches dann unter der Meningitis ähnlichen Erscheinungen rasch von Coma und Tod gefolgt sein

kann. Die Section hat in solchen Fällen zumeist nur Hyperämie des Gehirns und seiner Häute, nur in vereinzelten Fällen Meningitis nachgewiesen.

Die Fieberdelirien, welche während der jüngsten Epidemie in der verschiedenartigsten Gestaltung beobachtet wurden, beschränkten sich bald nur auf wenige Stunden, bald zogen sie sich auf Tage hin. Sie zeigten zuweilen einen remittirenden oder intermittirenden Typus, verliefen also gleichsam in mehreren Anfällen — nach deren letztem das geistige Gleichgewicht alsbald wieder völlig hergestellt war.

Die fieberhaften Psychosen der Influenza, — deren fünfzehn reine Fälle meiner Untersuchung zu Grunde liegen — schliessen sich, wie bereits betont, auf das Innigste an die Fieberdelirien an, so dass beim Mangel einer scharfen Abgrenzung, manche Fälle ebenso gut diesen als jenen zugetheilt werden können. Einen derartigen frappanten Uebergangsfall berichtet *Ewald* in Berlin:

„Ein Knabe von sieben Jahren hatte sich, anscheinend in vollem Wohlsein, zur Schule begeben. Nach dem Unterricht ging er aber nicht, wie gewohnt, nach Hause, vielmehr nach dem Bahnhofe und bestieg einen Bahnzug mit der Erklärung „nach Leipzig fahren zu wollen“. Man liess ihn aussteigen und da er selbst ausser Stande war, über seine Verhältnisse Auskunft zu geben, vermittelst der Polizei und Schule seine Personalien feststellen und ihn nach Hause führen. Dort angekommen, erkannte er weder seine Wohnung, noch seine Umgebung. Er blieb noch mehrere Tage bewusstlos, eine Beute seines Deliriums, welches sich als das erste Symptom der Influenza aufklärte.“

Die fieberhafte Psychose kann also bereits im Initialstadium der Grippe auftreten, häufiger aber beginnt sie während der Fieberhöhe, am zweiten, auch dritten Krankheitstage. Sie pflegt plötzlich einzusetzen, ungemein rasch zu ihrem Höhepunkt anzusteigen und das Fieber kürzere oder längere Zeit zu überdauern, um in der Regel nach einer oder wenigen Wochen rasch wieder zur Genesung zu führen.

Das Bewusstsein ist andauernd, bald mehr bald weniger, tief gestört. Die Kranken führen ein vollständiges Traumleben, unfähig, sich über ihre eigene Person oder über die Umgebung zu orientiren.

Die Stimmung ist wechselvoll und bewegt sich in den grössten Gegensätzen, doch scheinen im Allgemeinen die deprimirten Stimmungslagen zu überwiegen, und in den letzteren öfters sich vorübergehende Angstzustände einzustellen.

Die ganze Motilität ist in der Regel mächtig gesteigert, in den einzelnen Fällen verschieden, wie wir dies in derartigen Erregungszuständen zu beobachten gewohnt sind. Neben allen möglichen Actionen wiederholt sich lautes überhastetes Sprechen, Schreien, Singen, Beten u. dgl. m.

Der mit der Erregung verbundenen schweren Störung des Bewusstseins entspricht ein bunt wechselnder Gedankengang bis zur völligen Incohärenz und Verworrenheit.

Der Inhalt der Aeusserungen, natürlich der momentan herrschenden Stimmungslage entsprechend, ist seltener ein gehobener, megalomanischer, religiös-extatischer oder erotischer, häufiger ein depressiver mit dem Wahne der Beeinträchtigung, Verfolgung, Versündigung oder auch ein hypochondrischer.

Sinnestäuschungen sind in der Regel zugegen, namentlich solche im Gebiete des Gesichts, Gehörs, Gemeingefühls, nicht selten wohl in allen Sinnesgebieten.

Der Schlaf ist schwer gestört, von unruhigen Träumen unterbrochen, auch völlig fehlend.

Nahrungsverweigerung wird des öfteren beobachtet — infolge der manischen Hast und Unstätigkeit, mitunter wohl auch wegen Giftwahn.

Das Gesicht zeigt häufig, namentlich zu Anfang, eine congestive Röthe.

Die Temperatur des Körpers ist im Beginne der Störung erhöht, bald mehr (bis über 40° C.) bald weniger, um aber zumeist schon nach wenig Tagen zur Norm herabzusinken. Auch die Herzthätigkeit ist Anfangs beschleunigt.

Die Prognose der febrilen Influenzapsychose ist im Allgemeinen günstig zu stellen, indem dieselbe zumeist nach ein oder wenigen Wochen abläuft; sehr selten nimmt sie einen protrahirten Verlauf.

Etwaiger Tod ist auf eine complicirende Pneumonie oder auf Herzschwäche zurückzuführen.

Ich möchte im Anschluss an diese Schilderung auf die That-

Digitized by Google

sache aufmerksam machen, dass nicht selten Alkoholisten, wenn sie an der Grippe erkranken, alsbald von acuter, alkoholischer Störung befallen werden und zwar von schweren, mitunter protrahirten Anfällen. Wenngleich diese Anfälle thatsächlich in letzter Linie durch die Influenza ausgelöst werden, so kommt dieser ätiologisch doch gewiss nur eine secundäre Rolle zu. Es handelt sich entschieden um Alkohol — nicht aber um Influenza-Psychosen, wie mehrfach irrthümlich angenommen wurde.

II. Ich wende mich nunmehr der Besprechung der zweiten Hauptgruppe, den postfebrilen Psychosen der Influenza zu, unter welcher Bezeichnung ich alle jene Fälle zusammfassen möchte, welche nach Aufhören des Fiebers in Scene treten. (39 Beobachtungen sind dieser Schilderung zu Grunde gelegt.)

Die Zeit des Beginnes dieser Störungen nach Ablauf des fieberhaften Stadiums schwankt nach den — allerdings nicht immer zuverlässigen — Angaben der Autoren zwischen weiten Grenzen, nämlich zwischen wenig Tagen und zwei selbst drei Wochen; am häufigsten scheint diese Zwischenzeit 4—8 Tage zu betragen.

Die klinischen Bilder zeigen hier keineswegs eine einheitliche Form, wie wir solche bei den febrilen Psychosen feststellen konnten, vielmehr eine weit grössere Mannigfaltigkeit. Immerhin lassen sich dieselben zur Gewinnung einer Uebersicht in drei Untergruppen eintheilen, in welchen weitaus die meisten Fälle subsummirt werden können, nämlich in 1. acute Erschöpfungspsychosen, 2. Melancholieen, 3. Manieen.

1. Die acuten Erschöfungsstörungen nach der Influenza (in meiner Zusammenstellung durch 11 Fälle vertreten) gleichen in ihren Erscheinungen wesentlich den von *Hermann Weber* als Collapsdelirien, sowie von *Kräpelin* als asthenische Psychosen bezeichneten geistigen Störungen, wie solche namentlich nach Pneumonie, nach acuten Exanthemen und im Puerperium vielfach beobachtet wurden.

Sie bieten das Bild acuter sehr rasch entwickelter Aufregungszustände mit massenhaften Sinnesdelirien, bei welchen die Stimmung weit häufiger eine deprimirte, als exaltirte Färbung zeigt und dem

zed by Google

entsprechend weit häufiger Wahnideen im Sinne der Erniedrigung, als in dem der Erhebung zu Tage treten.

In höheren Graden stellt die Störung jenen Zustand dar, den man als „acute hallucinatorische Verwirrtheit" bezeichnet — mit hochgradiger Störung des Bewusstseins, Hallucinationen in den verschiedensten Sinnesgebieten, jähem Wechsel der Stimmung, endlich mit jagenden abspringenden Vorstellungen.

Stets besteht ein für diese Störung geradezu charakteristischer Zustand grosser körperlicher Schwäche und Blutarmuth mit nur langsamer körperlicher Erholung.

In der Regel tritt Genesung und zumeist nach 3—6 Wochen ein, nur selten geht die Störung in ein chronisches Stadium über. Es kann aber auch die körperliche Hinfälligkeit (namentlich bei complicirenden inneren Erkrankungen oder bei bestehender Nahrungsverweigerung) zum letalen Ausgange führen.

2. Als Melancholieen stellen sich 22 der beobachteten Fälle dar.

Leichtere Depressionszustände werden nach überstandener Influenza nicht gerade selten beobachtet und zwar in den verschiedensten Uebergängen von der einfachen Neurasthenie bis zur ausgesprochenen Melancholie. Sie werden oft vermittelt durch die so häufig nach dem Fieberstadium zurückgebliebenen Gefühle hochgradiger geistiger und körperlicher Ermüdung und Erschöpfung, welche nothwendig Leistungsunlust und Arbeitsunfähigkeit im Gefolge haben müssen.

Die Mehrzahl dieser auf genanntem Wege entstandenen Melancholieen bleibt denn auch eine einfache mit völlig erhaltener Besonnenheit.

Mehrere Autoren haben mit Recht die Aufmerksamkeit auf die ungemein häufige Schlaflosigkeit im Reconvalescenzstadium der Grippe gerichtet und die Beobachtung mitgetheilt, dass diese nicht gerade selten der Ausgangspunkt für eine krankhafte Depression werde. An die hartnäckige Schlaflosigkeit schliesst sich bald Unbehagen und Missstimmung an, dann Furcht und Angst, endlich Unzufriedenheit mit Vorwürfen gegen den Pfleger, mit Misstrauen gegen die Vorschriften des Arztes — bis sich die ausgesprochene Melancholie vollkommen entwickelt hat.

Die Melancholie hat nicht selten einen hypochondrischen Charakter und stützt sich dann in der Regel auf mannigfache durch die Influenza gesetzte Parästhesieen, aus welchen die Vorstellung unheilbarer Erkrankung oder gar des in Bälde bevorstehenden Todes abgeleitet wird.

In anderen Fällen stellt sich die Befürchtung ein, ein grosses Unglück, wie finanziellen Ruin oder Verlust der Ehre zu erleiden u. dgl. m. Dann kommen Verzweiflungsausbrüche, Lebensüberdruss, Selbstmordgedanken und wohl auch Versuche. Sehr energische, zum Theil mit Erfolg gekrönte Tentamina suicidii solcher Melancholiker werden mehrfach mitgetheilt.

Andere Autoren berichten von einigen Fällen sehr schwerer Melancholie mit grosser geistiger Hemmung bis zum Stupor und zur kataleptischen Erstarrung, mit schreckhaften Hallucinationen, peinlichen Wahnideen und Nahrungsverweigerung.

Gemeinsam ist allen Formen der Influenza-Melancholie — Mangel an Schlaf und Esslust, sowie Sinken der Körperernährung. Der hochgradige körperliche Verfall verleiht derartigen Patienten mitunter vollkommen das Aussehen von Reconvalescenten von schwerem, vielwöchentlichem Typhus.

Noch ist die interessante Thatsache zu erwähnen, dass manchen Fällen von Melancholie während mehreren Tagen das ausgesprochene Krankheitsbild des geschilderten Erschöpfungsdeliriums vorausgeht, an welches sich erst in zweiter Linie die Depression mit weit freierem Bewusstsein anschliesst.

Die der Zahl nach bedeutend überwiegenden leichteren Melancholien verlaufen in der Regel in 6—8 Wochen zur Genesung und bieten deshalb eine gute Vorhersage. Die schweren Fälle dagegen können sich Monate lang hinziehen und scheinen nicht immer einen günstigen Ausgang zu nehmen.

3. Die Manieen treten, nach den übereinstimmenden Angaben der Autoren, zweifellos am seltensten im Nachstadium der Influenza auf. Ich war nur im Stande, sechs einschlägige Beobachtungen den Veröffentlichungen zu entnehmen.

Es handelte sich in der Regel um einfache typische Manieen ohne Hallucinationen und ohne Wahnbildung, mit gehobener Stimmung und Erregung in allen motorischen Gebieten, namentlich mit

besonders hervortretender Redseligkeit bis zum Vorstellungsdrang. Schwere Manieen mit tiefer Bewusstseinstörung scheinen hier nur selten aufzutreten.

Die maniakalische Erregung hatte sich bei den betroffenen Kranken etwa eine Woche nach der Invasion der Influenza entwickelt und war rasch zu ihrer vollen Höhe angestiegen.

Von den sechs mir vorliegenden Krankheitsfällen erreichten vier nach 6—8 Wochen die Wiedergenesung, während zwei einen protrahirten Verlauf nahmen und eine minder günstige Prognose boten.

Nachdem ich hiemit die hauptsächlichsten Typen der bei der Influenza beobachteten Psychosen zu schildern gesucht habe, von welchen allerdings der eine und andere Fall einige Abweichungen zeigte, bleibt noch eine kleinere Zahl von Fällen übrig, welche sich in keine der geschilderten Gruppen einpassen lassen. Es sind dies namentlich vereinzelte hysterische und paralytische Störungen, sowie einige Fälle von Paranoia, welche nach der Influenza zu Tage getreten sind.

Gehen wir aber näher auf die Entwickelung dieser krankhaften Zustände ein, so erfahren wir, dass sich dieselben in pathogenetischer Hinsicht durchaus von den bisher dargestellten Psychosen unterscheiden; wir vermögen nämlich den Beweis zu erbringen, dass die Influenza bei ihrer Entstehung nur scheinbar mitgewirkt hat. Die Störungen waren vielmehr schon vor Auftreten der Seuche vorhanden, aber nicht beachtet worden und nahmen erst unter dem verschlimmernden Einfluss der Grippe eine auch für den Laien greifbare Gestaltung an.

Es handelt sich also in solchen Fällen gar nicht um Psychosen, welche in einem ätiologischen Verhältniss zu der Influenza stehen. Dieselbe hat hier keine weitere Bedeutung, als bereits bestehende Störungen offenkundig gemacht zu haben. Deshalb scheint es mir empfehlenswerth, um irrthümliche Anschauungen zu verhüten, denselben als Pseudo-Influenza-Psychosen ihre richtige Stellung anzuweisen.

Auch die früher von mir erwähnten Anfälle von acutem Alkoholdelirium nach Ausbruch der Influenza dürften wohl am besten dieser Gruppe zugetheilt werden.

Digitized by Google

Werfen wir nunmehr einen epikritischen Ueberblick auf die unserer Besprechung unterworfenen Psychosen, so ergiebt sich zunächst die Thatsache, dass denselben im Allgemeinen bezüglich der Krankheitsform ein specifisches Gepräge nicht zukömmt, vielmehr uns nur bekannte Krankheitsbilder begegnen. Dagegen unterscheiden sich die febrilen von den postfebrilen Störungen in charakteristischer Weise. Bei ersteren beobachten wir nur eine typische Form mit einem wenig wechselnden und kaum gegliederten Krankheitsbilde, bei letzteren eine grössere Reihe von mehr ausgebildeten Krankheitsformen.

Unsere febrilen Psychosen zeigen im Allgemeinen die gleichen Krankheitszüge, wie die fieberhaften Störungen bei anderen acut-febrilen Erkrankungen, namentlich bei Typhus, Variola, Rheumatismus articulorum acutus. Es sind die gleichen Bilder, die sich hier entrollen.

Gewiss spielt bei der Entstehung dieser Zustände das Fieber, die durch dasselbe bedingte Erwärmung der Centralorgane, die Beschleunigung der Gefässthätigkeit, die Aenderung der Gehirncirculation eine bedeutsame Rolle, wie dies von *Kräpelin* und Anderen betont wurde. Degegen kommt hier die Prädisposition kaum in Betracht, indem unter 15 Fällen nur zweimal eine ererbte neuropathische Anlage und nicht häufiger eine erworbene Disposition festgestellt wurde.

Ganz anders lautet das Ergebniss bei den postfebrilen Störungen. Diese verlaufen nach verschiedenen Typen und zwar in der Regel entweder als asthenische Psychosen oder als solche, welche als einfache primäre Störungen zusammengefasst werden können, während anderartige Fälle bei kritischer Prüfung in der Regel schon vor der Influenza bestanden haben und somit hier nicht in Betracht kommen.

Die asthenischen Störungen, häufig unter dem Bilde der hallucinatorischen Verworrenheit sich darstellend, sind stets mit hochgradiger körperlicher Erschöpfung verbunden und nehmen — wenn nicht Herzschwäche oder andere Complicationen dem Leben ein Ende bereiten — in der Regel einen kurzen, günstigen Verlauf.

Die einfachen Psychosen, bei welchen ein körperlicher Erschöpfungszustand nicht hervortritt, verlaufen zwar auch häufig acut oder wenigstens subacut, können aber auch einen protrahirten,

chronischen, unter Umständen wohl auch unheilbaren Decursus nehmen.

Während nun das Fieber als ätiologischer Factor bei der ganzen Gruppe der postfebrilen Störungen ausgeschlossen werden kann, nur etwaige Folgezustände desselben in Betracht kommen können, spielt hier augenscheinlich die Prädisposition eine grosse Rolle, welche entweder angeboren oder erworben sein kann.

Wir finden nämlich unter unseren 39 hierhergehörigen Fällen zunächst nicht weniger als 21 mal (somit bei 54 pCt.) eine angeborene Prädisposition unter der Form der erblichen Belastung, also viel häufiger als bei den Psychosen im Allgemeinen. Weiter spielt die erworbene Prädisposition bei denselben kaum eine geringere Rolle, allerdings eine verschiedene bei den beiden hier in Betracht kommenden Krankheitsformen. Bei den asthenischen Psychosen ist es hauptsächlich die erst durch die Influenzaerkrankung selbst erworbene Abschwächung und Erschöpfung, welche die körperliche Grundlage zu dieser Disposition abgiebt; bei den einfachen Seelenstörungen dagegen sind vielfach chronische Leidenszustände älteren Datums, wie Anämie, Hysterie, körperliche Hinfälligkeit, chronische Lungen-, Herz-, Magen-Leiden vorausgegangen und hatten die Widerstandsfähigkeit der betreffenden Individuen abgeschwächt.

Haben wir also bei den febrilen Psychosen zunächst die Folgen des Fiebers zu beschuldigen, welche ein zuvor rüstiges Gehirn schädigten, so trafen andererseits bei den postfebrilen Psychosen die schädigenden Einflüsse auf ein geistig oder körperlich geschwächtes Gehirn, welches dadurch einen günstigen Nährboden für die Störungen darstellte.

Wir haben hiermit einige pathogenetische Momente festgestellt; kaum aber dürften dieselben als erschöpfend betrachtet werden können — angesichts der kurzen Dauer des febrilen Stadiums der Influenza, dessen Fieber allein ebenso wenig ausreichend scheint, die febrilen Störungen zu erzeugen, als seine Folgezustände, die postfebrilen Psychosen, selbst bei vorhandener Prädisposition, auszulösen. Zweifellos müssen wir hier noch nach einem anderen krankmachenden Factor forschen. Wir werden wohl nicht fehl gehen, wenn wir als dieses weitere gewichtige Moment den toxischen Einfluss der Influenza in unsere Betrachtung hereinziehen.

Digitized by Google

Da es, wie ich in meiner Einleitung auf Grund übereinstimmender Beobachtungen zahlreicher Autoren zu erörtern suchte, festgestellt ist, dass das zunächst noch nicht näher zu definirende Toxin der Influenza in sehr hohem Grade das ganze Nervensystem schädigt, so dürfte sein Einfluss auf das Gehirn und somit auch auf die psychischen Centren mächtig genug sein, die geistigen Functionen in höherem oder geringerem Grade zu stören. Hiernach dürften wohl die Psychosen der Influenza wenigstens bis zu einem gewissen Grade als Intoxications-Psychosen anzusprechen sein.

Am Schlusse meines Vortrages angekommen, fasse ich die Ergebnisse desselben kurz folgendermaassen zusammen:

Die Influenza, welche unseren ganzen Nervenapparat mehr oder weniger zu schädigen geneigt ist, kann leicht durch Affection der psychischen Centren die Ursache von geistigen Störungen werden.

Solche Influenza-Psychosen sind, wie die jüngste Epidemie gelehrt hat, von grosser Häufigkeit und jedenfalls absolut häufiger als Psychosen im Gefolge anderer acut-febriler Erkrankungen.

Die psychischen Störungen entstehen entweder im febrilen Stadium und stellen sich dann und zwar sehr häufig, als sogenannte febrile Delirien dar, oder — aber weit seltener — als längerdauernde acute febrile Psychosen mit einem in der Regel günstigen Ausgang.

Oder die Störungen treten nach Ablauf des Fiebers als postfebrile Psychosen auf und zwar bald unter der Form der asthenischen Psychosen, bald unter der der einfachen Seelenstörungen, unter welchen die Melancholieen bedeutend überwiegen.

Alle diese Krankheitszustände, welche keinerlei specifisches Gepräge zeigen, haben ihrer Majorität nach einen günstigen, kurzzeitigen Verlauf zur Genesung, eine Anzahl derselben jedoch bietet schwerere Symptome, einen protrahirten Verlauf und eine zweifelhafte Prognose.

Ausser den geschilderten wurden auch vereinzelte andere psychische Krankheitszustände, namentlich paralytische und hysterische Psychosen, sowie Fälle von Paranoia auf Rechnung der Influenza gesetzt, bei deren näheren Ergründung es sich aber ergiebt, dass sie bereits vor dem Grippe-Anfall vorhanden, aber nicht er-

zed by Google

kannt waren. Diese kann man, ebenso wie die durch die Influenza ausgelösten Anfälle von Delirium potatorum als Pseudo-Influenza-Psychosen den ächten Fällen gegenüber kennzeichnen.

Ursächlich ist es anzunehmen, dass das die Nervenfasern zweifellos sehr gefährdende Influenzagift, das Toxin, wesentlich die Auslösung der Psychosen bedinge und zwar bei den febrilen Psychosen unter Mitwirkung des Fiebers, bei den postfebrilen Psychosen auf Grundlage einer angeborenen oder erworbenen Prädisposition seine Wirkungen entfalte.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntniss der Wurzeln des Trigeminusnerven.

Von

Dr. Hans Gudden - München.

(Hierzu Taf. I.)

Ueber den Ursprung des Trigeminusnerven giebt *Obersteiner*[1]) folgende Uebersicht:

Die sensible Wurzel sammelt ihre Fasern:

1) aus der aufsteigenden Wurzel,
2) aus dem sensiblen Kerne,
3) aus dem Kleinhirne,
4) aus der Substantia ferruginea der anderen Seite.

Die motorische Wurzel wird gebildet von Fasern:

1) der absteigenden Wurzel,
2) aus dem motorischen Kerne derselben Seite,
3) aus dem motorischen Kerne der anderen Seite.

A. Die sensible Trigeminuswurzel.

1) Fasern aus der aufsteigenden Wurzel.

Der Entdecker der aufsteigenden Wurzel ist *Stilling*[2]); er hielt sie für die Fortsetzung „der hinteren Abtheilung der Hinterstränge". Nach *Krause* entsteht sie aus der gelatinösen Substanz, nach *Bech-*

[1]) *Obersteiner*, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane im gesunden u. kranken Zustande. Töplitz u. Deuticke, Leipzig und Wien 1888, p. 295.

[2]) *Benedikt Stilling*, Ueber den Bau des Hirnknotens oder der *Varoli*-Brücke. Fr. Nauke, Jena 1846, p. 26, 45, 90, 125, 127.

zed by Google

terew aus Zellen des Hinterhornes. Letzterer[1]) stützt sich auf Untersuchungen fötaler, nach *Weigert* behandelter Gehirne. Nach ihm beginnt die in Rede stehende Wurzel im Uebergangsgebiete des Halsmarkes in die Medulla oblongata, etwas abwärts von und theils im unteren Abschnitte der Pyramidenkreuzung, indem sie in Gestalt einzelner kleiner aus der Zellengruppe der Basis des Hinterhorns hervortretender Bündel erscheint. Diese Bündel, die anfänglich an der Basis des Hinterhornes, nach vorn und innen von der gelatinösen Substanz gelegen sind, nehmen bald ziemlich rasch an Zahl zu, indem sie durch aus höher gelegenen Zellen entspringende Fasern verstärkt werden. Ungefähr in der Höhe der unteren Abschnitte der oberen Kreuzung, zum Theil jedoch unmittelbar unter letzterer, biegen fast alle diese den Ursprung der aufsteigenden Trigeminuswurzel bildenden Fasern und Bündelchen nach aussen um, ziehen in querer Richtung durch die gelatinöse Substanz hindurch und legen sich an die äussere Seite letzterer in Gestalt eines compacten Bündels an, welches bis zum Austrittsort der gemeinsamen Trigeminuswurzel aufsteigt.

In dieser Weise ist es offenbar, dass die gelatinöse Substanz, welche die grosse aufsteigende Trigeminuswurzel begleitet, nicht als Kern dieser Wurzel angesehen werden kann, wie zu einer Zeit *Krause* irrthümlich annahm.

Nicht nur *Krause*, auch andere, z. B. *Meynert*[2]) halten die gelatinöse Substanz für den Kern der aufsteigenden Wurzel. *Meynert* sagt:

Die Masse der gelatinösen Substanz erscheint in der unteren Hälfte der Oblongata ausserordentlich vermehrt, zum Tuberculum Rolando angeschwollen, weil sie in diesen Höhen als Ursprungsmasse den wesentlichsten Theil der aufsteigenden Quintuswurzel sich entwickeln lässt.

Obersteiner[3]) nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein, indem er *Bechterew* zustimmt, aber auch die Betheiligung der Substantia gelatinosa für wahrscheinlich, wenn auch noch unerwiesen hält.

---

[1]) Prof. *W. Bechterew*, Ueber einen besonderen Bestandtheil der Seitenstränge des Rückenmarks und über den Faserursprung der grossen aufsteigenden Trigeminuswurzel. Archiv f. Anatomie und Physiologie 1886.

[2]) *Meynert* in Kap. XXXI, pag. 777 von *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben des Menschen und der Thiere. Engelmann, Leipzig 1872.

[3]) *Obersteiner*, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane. 1888. pag. 295.

2) Fasern aus dem sensiblen Kern.

Einen solchen nehmen die meisten Autoren an, äussern sich aber über seine Beschaffenheit verschieden.

Der sensible Kern liegt nach *Meynert*[1]) und *Obersteiner*[2]) lateral vom motorischen Trigeminuskern, hat eine sagittale Ausdehnung von etwa 4—5 mm und besteht aus unregelmässigen Anhäufungen grauer Substanz mit eingestreuten kleinen Nervenzellen und grösseren gegen den motorischen Kern hin. *Obersteiner* glaubt den sensiblen Kern als graue Substanz des Hinterhornes ansehen zu dürfen, *Meynert* und *Edinger*[3]) betrachten ihn als Fortsetzung der gelatinösen Substanz. Ersterer führt zu seinen Gunsten *Stilling* an, der folgendes[4]) sagt:

In den Schichten, wo das Streifig- und Hellerwerden der früher dunklen Bündel der ehemaligen Hinterstränge beginnt, nimmt die Masse der gelatinösen Substanz zu und zeigt sich theilweise hinter den Streifen als rundliche Massen gelagert. In höheren Schichten, wo die streifige Masse nach vorn und aussen in die Brückenarme tritt, vermindert sich ihre Menge.

3) Fasern aus dem Kleinhirn.

Solche werden von den einen Forschern überhaupt nicht, von den andern mit mehr oder weniger Sicherheit angenommen.

Bechterew[5]) leugnet Faserursprünge des Trigeminus aus dem Kleinhirn. Nach seinen Untersuchungen endigt die Kleinhirnbahn bereits

in der Nähe des oberen Winkels der äusseren Wand des vierten Ventrikels in einer besonderen Anhäufung grosser multipler Zellen, die in der Nachbarschaft der grauen Substanz der Kleinhirnrinde zerstreut sind.

Stilling[6]) vermuthete zwei Bündel; das eine ist zum N. facialis

---

[1]) *Meynert* in Kap. XXXI, pag. 774 von *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben. 1872.

[2]) *Obersteiner*, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane, pag. 230 u. 295.

[3]) *Edinger*, 12 Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane. 2. Aufl. 1889. Vogel, Leipzig. pag. 149.

[4]) *Stilling*, Ueber den Bau des Hirnknotens oder der Varoli'schen Brücke. 1846. pag. 46.

[5]) *Bechterew*, Ueber die Endigung der zum Kleinhirn aufsteigenden Trigeminuswurzel. Referat im neurologischen Centralblatt 1885. pag. 253.

[6]) *Stilling*, Ueber den Bau des Hirnknotens oder der Varoli'schen Brücke. pag. 47, 79, 98, 122.

gehörig, dessen Knie er für eine („constante hintere") Trigeminuswurzel hielt, das andere beginnt.

dicht vor dem Locus coeruleus, begiebt sich gerade von hinten nach vorn zwischen den oberen Trigeminuskern[1]) und die gelatinöse Substanz und läuft theilweise durch die gelatinöse Substanz hindurch in das streifige Bündel der Hinterstränge.

Nach *Meynert*[2]) durchsetzen und umgürten die Kleinhirnfasern den Bindearm als mit höchster Wahrscheinlichkeit in das fünfte Nervenpaar eintretende Bündel.

Edinger[3]) begründet die Annahme von „aus dem Cerebellum herabsteigenden Zügen der directen sensorischen Bahn" damit, dass bei niederen Wirbelthieren, vor allem bei Fischen, diese Kleinhirnfasern die Hauptursprungsmasse des Quintus bilden.

4) Fasern aus der Substantia ferruginea der andern Seite.

Es handelt sich um die gekreuzte Wurzel *Meynert*'s[4]), von diesem als „mittlere Abtheilung der absteigenden Quintuswurzeln" beschrieben:

Diese im Locus coeruleus des grauen Bodens durchschimmernde langgestreckte Anhäufung pigmentirter, spindelförmiger (60 μ langer, 20—30 μ dicker) Nervenkörper beginnt in der unteren Hälfte des unteren Zweihügels und reicht durch eine Höhe von mehr als einem Centimeter bis über die Austrittsebenen der motorischen Quintuswurzel herab immer nach einwärts von der äusseren absteigenden Wurzel gelegen. Ausstreuungen dieser compacten Formation reichen aber noch in die seitlichen Gegenden der hinteren Brückenabtheilung als radiär gegen den grauen Boden gewendete, mit radiären ihm entgegenziehenden Nervenfäden verbundene grosse pigmentreiche Körper, welche vielleicht gleichfalls dem Quintus Ursprünge von der gleich zu berührenden Verlaufsweise zusenden. In gleicher Zerstreuung finden sich die schwarzen Zellen auch im Dache der Rautengrube nach innen vom Bindearm (Substantia ferruginea superior). Im kindlichen Gehirn und bei Säugethieren entbehren sie gleich denen der *Sömmering*'schen

---

[1]) *Stilling*'s oberer Trigeminuskern ist der motorische Trigeminuskern, dagegen *Stilling*'s unterer Trigeminuskern seiner constanten hinteren Wurzel identisch mit dem Facialiskern.

[2]) *Meynert* in Kap. XXXI, pag. 777 von *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben.

[3]) *Edinger*, 12 Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane, pag. 149.

[4]) *Meynert* in *Stricker*'s Handbuch, pag. 775 u. f.

Digitized by Google

Substanz des Pigmentes, welches überhaupt an vielen Körpern dieser Formation nicht zur Entwicklung kommt.

Die Quintusbündel aus der Substantia ferruginea laufen als ein 0,8 mm dickes Stratum unter dem grauen Boden quer nach einwärts, durchbrechen, durchflechten und umkreisen dann das hintere Längsbündel und gelangen durch eine, theils zwischen den hinteren Längsbündeln, theils vor denselben gelegene, spitzwinklige, comissurenartige Kreuzung (die zugleich bogenförmig, nach oben convex ist) über die Mittellinie. Jenseits begeben sie sich theilweise nach Durchbrechung und theilweise nach vorderer Umgehung des anderen hinteren Längsbündels wieder nach aussen und biegen sich nach vorne, um als die mittlere Abtheilung der den grauen Boden umsäumenden Kette von Bündeln in den Verlaufsstrom der grossen Quintuswurzel einzugehen.

Der durchflochtene Querschnitt des hinteren Längsbündels sowohl als hauptsächlich das ihn nach vorne umgebende Gebiet ist bis zur Grenze der hinteren Brückenabtheilung hin sehr reich an Nervenkörpern eines grossen, spärlicher vorhandenen und eines weit kleineren, reichlicher angesammelten Kalibers. Die mittleren absteigenden Quintuswurzeln scheinen mir mit der grösseren Form zusammenzuhängen.

Sodann beschreibt ***Meynert***[1]) noch als innere Abtheilung der absteigenden Quintuswurzeln vom Fuss des Hirnschenkels zur Quintuswurzel auf dem Wege der Raphe ziehende Fasern, die ***Obersteiner***[2]) in seiner Uebersicht nicht erwähnt, da er sie als Verbindungsbahn des Trigeminus mit dem Grossbirn und nicht als Wurzelfasern betrachtet.

Mendel[3]) und ***Bechterew***[4]) bestreiten den Ursprung einer Trigeminuswurzel aus der contralateralen Substantia ferruginea; ersterer auf Grund der Untersuchung des Gehirnes einer Frau, die lange Jahre hindurch an Hemiatrophia facialis gelitten hatte. Es zeigten sich bei der mikroskopischen Untersuchung die Defecte der Substantia ferruginea nur auf derselben (der atrophischen) Seite.

Forel[5]) erkennt weder die innere, noch weniger die mittlere Quintusabtheilung ***Meynert***'s an.

---

[1]) *Meynert* in Cap. XXXI, pag. 776 von *Stricker*'s Handbuch der Lehre von den Geweben.

[2]) *Obersteiner*, Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane, pag. 293.

[3]) *Mendel*, Ueber Hemiatrophia facialis; neurolog. Centralbl. 1888, pag. 411.

[4]) *Bechterew*, Ueber die Trigeminuswurzeln; neurol. Centralbl. 1887, pag. 290.

[5]) Dr. *Aug. Forel*, Untersuch. über die Haubenregion u. ihre oberen

Digitized by Google

B. Die motorische Trigeminuswurzel.

1. Fasern aus der absteigenden Wurzel.

Die absteigende Wurzel wird von *Meynert*[1]) als äussere absteigende Quintuswurzel" geschildert:

Sie entspringt vom Gebiete des oberen Zweihügels an bis zum Quintusaustritt herab aus am äussersten Saume des Grau um den Aquaeductus Sylvii gelegenen Häufchen grosser blasenförmiger Zellen von 60 μ Länge und 40—50 μ Breite. Sie steigt nach aussen von dem centralen Höhlengrau der Wasserleitung, und an Mächtigkeit fortwährend gewinnend, in der Brücke in jenem seitlichen Gebiete des grauen Bodens eingeschlossen herab, das längs der Innenfläche des Bindearmes hinkriecht; dem Innenrande ihres halbmondförmigen Durchschnittes liegen in fortgesetzter Kette traubige Häufchen der durch ihre runde Gestalt und Pigmentlosigkeit von denen der Substantia ferruginea unterscheidbaren Ursprungselemente an.

Forel[2]) bestätigt diese Angaben *Meynert*'s und fügt ausser anderm noch betreffs der blasigen Quintuszellen an 1) dass in der Gegend des oberen Zweihügels deren Achsencylinderfortsätze durch die Kette der Quintuswurzel scheinbar in die fontainenartige Haubenkreuzung übergehn, 2) dass die Quintuszellen ab und zu zwei Fortsätze aufweisen, welche in entgegengesetzter Richtung verlaufend den Glauben erwecken, dass der eine Fortsatz in die Quintuswurzel, der andere in die fontainenartige Haubenkreuzung geht. Im übrigen hält *Forel* im Gegensatz zu *Meynert* die Fasern der absteigenden Wurzel nicht für sensibel, sondern meint, dass sie entweder eine specifische Function des Trigeminus verrichten oder sich von diesem später trennen, also überhaupt damit nichts zu thun haben.

2) und 3) Fasern aus den motorischen Kernen.

Der Entdecker des motorischen Kernes ist *Stilling*[3]). Nach dessen Schilderung liegt der Kern nach innen von der gelatinösen

---

Verknüpfungen im Gehirne des Menschen u. einiger Säugethiere, mit Beitr. zu den Methoden der Gehirnuntersuchung. Arch. f. Psych. Bd. VII.

[1]) *Meynert* in Kap. XXXI, pag. 747 u. 775 von *Stricker*'s Hdbch. der Lehre v. d. Geweben.

[2]) *Forel*, Untersuch. üb. d. Haubenregion. Arch. f. Psych. Bd. VII.

[3]) *Stilling*, Ueber d. Bau des Hirnknotens oder der *Varoli*'schen Brücke. p. 46, 51, 90, 96, 98.

Digitized by Google

Substanz, nahe vor dem Locus coeruleus, etwa 1‴ von dem Bode der vierten Hirnhöhle entfernt als eine Masse grauer Substanz m Spinalkörpern grösster Gattung. Der runde oder ovale Kern zeig einen Durchmesser von mehr als 1‴. Die aus seiner äussere und vorderen Seite strahlenden Fasern verlaufen schräg nach obe im Pons und gehen vorzugsweise in die Portio minor nervi trige mini über, welche ausschliesslich [1]) nur aus diesen Fasern besteht

Es dürfte genügen, noch *Obersteiner*[2]) anzuführen:

Medial vom sensorischen Kerne liegt eine compacte, rundliche, grau Masse mit grossen Nervenzellen, der motorische Trigeminuskern. Sein Sagittalausdehnung ist beträchtlich geringer als die des sensiblen Kernes Zwischen beide Kerne hinein kann man einen Faserzug im Bogen von de Raphe herziehend verfolgen, der einen gekreuzten Ursprung des Trigeminu darstellt. Wir dürfen den motorischen Kern als das proximale Ende jenes Theils des Vorderhorns (inclusive Seitenhorns) betrachten, welcher gelegentlich der Pyramidenkreuzung von der centralen grauen Masse abgetrennt wurde.

Auf Anregung meines hochverehrten Schwagers, Herrn Professor *Grashey* in München, den Schatz der in ihrer Reichhaltigkeit und Eigenart einzig dastehenden Präparatensammlung meines unvergesslichen Vaters, Herrn Obermedicinalraths *von Gudden*, unter seiner Führung kennen zu lernen, beschäftigte ich mich mit dem Studium der Wurzeln des N. trigeminus.

Die Annahme aller der vorhin aufgeführten Bahnen des Trigeminus und seiner Wurzeln stützt sich bekanntlich grossentheils auf Präparate normaler Centralorgane und auf die Meinung, dass eine Nervenfaser da entspringe, wo sie zu entspringen scheint und da ende, wo sie zu enden scheint. Zu welchen Täuschungen man hiebei kommt, ist bekannt. Ich erinnere an den *Deiter*'schen Acusticuskern, eine Ganglienzellengruppe, welche man dem N. acusticus angehörig glaubte, eben weil die Acusticusfasern aufs deutlichste aus dieser Gruppe zu entspringen scheinen. Erst die anatomische Untersuchung experimentell vorbereiteter Centralorgane hat ergeben, dass dieser Kern mit dem Acusticus in keiner Ver-

[1]) *Stilling* hielt die absteigende Trigeminuswurzel, deren Fasern sich der motorischen anlegen, für eine „untere Abtheiluug der centralen Bahn des N. trochlearis", daher die Betonung „ausschliesslich".

[2]) *Obersteiner*, Anleit. beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane, pag. 231 u. 295.

ed by Google

bindung steht; ***Monakow*** hat ihn zum Schwinden gebracht nicht durch Exstirpation des N. acusticus, sondern durch partielle Durchschneidung des Rückenmarks, und an *Onufrowicz*'s Präparaten blieb er erhalten, obwohl der N. acusticus durchschnitten und degenerirt war. Es wird daher gerechtfertigt erscheinen, auch die Trigeminusbahnen, obwohl sie als ziemlich sicher in den Lehrbüchern figuriren, mit der experimentell anatomischen Methode auf ihre Richtigkeit zu prüfen.

Zur Untersuchung diente mir eine lückenlose Serie mit Carmin gefärbter Frontalschnitte des Gehirnes und der Medulla eines Kalbes[1]), dem der rechtsseitige Bulbus olfactorius und der rechtsseitige N. trigeminus vollständig fehlt, und das Gehirn sammt Rückenmark eines Kaninchens, welches bald nach der Geburt von meinem Vater operirt und einige Monate später getödtet worden war. Die betreffende Operation werde ich bei Besprechung der Schnittserie näher beschreiben.

I. Die aufsteigende Trigeminuswurzel.

Medulla und Stamm des Kalbes mit nur einem Trigeminusnerven.

Der unterste (distalste) Schnitt liegt in der Höhe der hinteren Wurzeln des fünften Cervicalnerven und lässt, wie Fig. 1 zeigt, auf der normalen Seite den Querschnitt der aufsteigenden Trigeminuswurzel V noch in beträchtlicher Ausdehnung erkennen.

Die rechte Seite ist die defecte Seite; es haben auch hier die Verschiebungen stattgefunden, auf welche mein Vater in verschiedenen seiner Abhandlungen (z. B. bei Exstirpation eines Bulbus olfactorius) aufmerksam gemacht hat. Die Hinterstränge der gesunden Seite drängen auf die defecte Seite hinüber und bewirken eine beträchtliche Verschiebung der Fissura posterior nach rechts. Der laterale Rand (h) des Hinterstranges hat sich ventralwärts gegen den Seitenstrang verschoben und das dorsale Ende (s) des Seitenstranges derselben Seite gegen den Hinterstrang, um die Lücke auszufüllen, welche durch den Ausfall des Querschnittes der auf-

[1]) Das Kalbshirn ist auf Taf. XIII von *Gudden*'s gesammelten u. hinterlassenen Abhandlungen, herausgeg. v. Prof. *Grashey* (Wiesbaden, *J. F. Bergmann* 1889) abgebildet.

Digitized by Google

steigenden Trigeminuswurzel entsteht. Seitenstrang und Hinterstrang sind demnach nicht durch diesen Querschnitt voneinander getrennt wie auf der gesunden Seite, sondern lediglich durch eine schmale rothe Zone (z), welche aus Stützsubstanz besteht und von dem lateralen und ventralen Theile (b) des Hinterhornes ausgeht. Auch auf der gesunden Seite sieht man, dass die Querschnitte der Trigeminuswurzel sich in dieser Gegend nur an den lateralen und ventralen Theil der Substantia gelatinosa (sg) des Hinterhorns anlegen. Vergleicht man die beiden Hinterhörner miteinander, so ergiebt sich ein wesentlicher Unterschied, den Fig. 2 deutlich *macht*; mittels eines *Seibert*'schen Zeichenapparates wurden die beiden Hinterhörner ineinander gezeichnet. Die gestrichelte Linie zeigt das Hinterhorn der defecten Seite, die ausgezogene Linie das der normalen Seite. Die Buchstaben aa^1 und bb^1 bezeichnen identische Punkte und zeigen das Hinterhorn der pathologischen Seite an seinem lateralen Ende a^1b^1 bedeutend verschmälert. Diese Verschmälerung entspricht in ihrer Grösse der Atrophie der Trigeminuswurzel, welche auf den schmalen, bereits erwähnten, aus Stützsubstanz bestehenden rothen Saum reducirt ist.

Dieser eben besprochene Unterschied der beiden Hinterhörner lässt sich mit grösster Deutlichkeit proximalwärts verfolgen, etwa durch 66 Schnitte. Weiter proximal werden die Unterschiede noch prägnanter, wie Fig. 3, aus der Gegend des zweiten Halsnerven genommen, veranschaulicht; ac und a^1c^1 haben ihr Verhältniss nicht verändert, die Differenz zwischen a^1b^1 der defecten Seite und *ab* der normalen hat etwas zugenommen; die atrophische Stelle a^1b^1 ist an die ventro-laterale Kante des Hinterhorns gerückt und das letztere ist in seiner ganzen Fläche schmäler geworden. Als Ursache dieser Verschmäleruug des Hinterhorns zeigt sich in erster Linie ein Ausfall zahlreicher Faserbündel, welche auf der normalen Seite im Querschnitt erscheinen und zwar an der Grenze zwischen gelatinöser und spongiöser Substanz, ausserdem aber auch in der gelatinösen Substanz selbst. In Fig. 4 zählt man 4—6 grössere derartige Bündelquerschnitte (bq) auf der normalen Seite, während auf der defecten Seite nur kleine Querschnitte sichtbar sind.

Diese Querschnitte rücken langsam, d. h. im Verlauf von 10 bis 15 und mehr Schnitten durch die gelatinöse Substanz hindurch und zwar, wenn man sie in centripetaler Richtung d. h. proximal-

Digitized by Google

wärts verfolgt, zum Theil von innen nach aussen in die Quintuswurzel und zum Theil vom Hinterstrang nach innen. —

In zweiter Linie zeigt sich ein Ausfall dünnerer Faserbündel, welche auf der normalen Seite in Längszügen die gelatinöse Substanz durchsetzen und zwar, wie es scheint, stets von innen nach aussen in die Trigeminuswurzel und in den Hinterstrang. Auf der defecten Seite fehlen die in die Trigeminuswurzel tretenden quer und längs getroffenen Bündel und dadurch erklärt sich die Verschmälerung des Hinterhornes und besonders der gelatinösen Substanz. Ob der erwähnte Fasernausfall allein die Verschmälerung des Hinterhornes herbeiführt oder ob noch andere Factoren mitwirken, vermag ich nicht zu entscheiden.

Weiter proximalwärts nimmt auf der normalen Seite die Zahl der Querschnitte, die nach der Trigeminuswurzel ziehen, wieder ab, sodass sie in der Gegend der proximalen Wurzeln des N. accessorius nur noch vereinzelt erscheinen; dagegen sind in gleicher Stärke die Längsfaserbündel, welche die gelatinöse Substanz nach der Trigeminuswurzel durchsetzen, auf der normalen Seite erhalten und auf beiden Seiten die Querschnitte, welche von den Hintersträngen nach innen ziehen.

Die Defecte der pathologischen Seite erstreckten sich bisher, wie Fig. 1 — 4 zeigen, auf den lateralen und ventralen Theil des Hinterhorns und speciell der gelatinösen Substanz, während dagegen deren dorsale Partie a^1c^1 nicht nur keinen Defect zeigt, sondern vielleicht sogar noch eine kleine Zunahme zu Gunsten der defecten Seite. Diese Zunahme ist bei der Kleinheit der in Fig. 1 — 4 dargestellten Schnitte nicht auffallend, wird aber weiter proximalwärts deutlich (Fig. 5, Schnitt No. 175) und erklärt sich aus den bereits erwähnten Wachsthumsverschiebungen; es konnten sich nämlich die erhaltenen Theile wegen der Lücke, welche durch die Atrophie der Trigeminuswurzel V^1 entstand, auf der defecten Seite leichter ausbreiten, als auf der normalen Seite. So kommt es, dass in Fig. 5 die dorsale Seite $a^1 c^1$ des defecten Hinterhorns etwas länger ist als die dorsale Seite a c des normalen Hinterhorns. Während die normale Seite den mächtigen Querschnitt V der aufsteigenden Trigeminuswurzel zeigt, ist auf der defecten Seite statt der Trigeminuswurzel nur die schmale rothe Zone (z) zu sehen, welche aus Stützsubstanz besteht und von dem lateralen und ventralen Theile des

Digitized by Google

Hinterhorns ausgeht, und während auf der normalen Seite Hinterstrang und Seitenstrang durch den Querschnitt V der aufsteigenden Trigeminuswurzel auseinandergehalten werden, sind auf der defecten Seite diese Stränge einander näher gerückt und nur durch die Zone (z) von einander geschieden.

56 Schnitte weiter nach oben hat sich das Bild wesentlich verändert (Fig. 6 von Schnitt No. 231, der in die Gegend des eben eröffneten Canalis centralis fällt). Die von den Hintersträngen nach innen vorrückenden Querschnitte sind beiderseits verschwunden, zugleich die dorsale Partie der gelatinösen Substanz. Von der Subst. gelat. ist auf der normalen Seite ihr die aufsteigende Wurzel medial begrenzender Haupttheil sg geblieben, welcher ziemlich grosse, theils längs, theils quer getroffene Faserbündel enthält. Auf der pathologischen Seite sieht man statt der Subst. gelatinosa nur eine breite, dorso-ventral gerichtete gleichmässig roth gefärbte Masse von Stützsubstanz z, und auch die eben genannten Faserbündel sind verschwunden.

Von Schnitt No. 229—460 ist die Substantia gelatinosa sammt den sie durchsetzenden Nervenfaserbündeln, seien sie nun quer oder längs getroffen — die Fibrae transversae sowie austretende Nervenzüge des N. vagus, N. glossopharyngeus u. s. w. natürlich ausgenommen — nur auf der normalen Seite zu sehen.

Auf Schnitt No. 461, wo bereits die distalen Anfänge der übrigen Trigeminuswurzeln sichtbar geworden sind, biegen die bisher senkrecht nach oben ziehenden Bündel der aufsteigenden Wurzel nach aussen, um auszutreten. Die Substantia gelatinosa — es ist jetzt nur von der normalen Seite die Rede — dehnt sich dorsalwärts gegen den Boden des Aquäductes aus und sendet noch soviel Fasern zur aufsteigenden Wurzel, dass *Meynert* und andere Autoren diese Gegend geradezu als sensiblen Trigeminuskern bezeichnen; daneben wird die Substantia gelatinosa auch von anderen Bündeln durchquert, die der absteigenden (abst. W.) und der motorischen Wurzel (m. W.) angehören (Fig. 7, Schnitt No. 461).

Auf der pathologischen Seite ist weder von der aufsteigenden Wurzel, noch von der Subst. gelatinosa etwas zu sehen und nur eine gleichmässig roth gefärbte Masse von Stützsubstanz z ist an ihre Stelle getreten.

Digitized by Google

II. Die absteigende und die motorische Wurzel.

Auf der pathologischen Seite (Fig. 7, Schnitt No. 461) ist makroskopisch zwar keine Spur des austretenden Trigeminusnerven zu sehen, das Mikroskop jedoch weist einzelne feine Trigeminusbündelchen (abs. W.) nach, welche centralwärts die Richtung der absteigenden und der motorischen Wurzel der Autoren einhalten, wie Fig. 7 zeigt.

Es sind ferner auf der pathologischen Seite auch einige wenige der grossblasigen Zellen erhalten, welche nach den Autoren den Kern der absteigenden Wurzel bilden. Diese hochgradige, wenn auch nicht ganz vollständige Atrophie der sog. absteigenden Wurzel und der grossblasigen Zellen beweist meines Erachtens, dass letztere in der That, wie die Autoren annehmen, als Kern der absteigenden Wurzel aufzufassen sind.

Es sind aber auch vom motorischen Kern der Autoren einige Zellen m. K^1. auf der pathologischen Seite erhalten. Ob dieselben vollständig zu den kleinen Resten der motorischen Wurzel gehören oder ob ihr Vorhandensein für eine partielle Kreuzung motorischer Trigeminusfasern spricht, kann ich nicht entscheiden. Für alle Fälle aber beweist die fast vollständige Atrophie der motorischen Wurzel und des motorischen Kerns, dass letzterer thatsächlich, wie schon *Stilling* annahm, als Kern der motorischen Wurzel anzusprechen ist.

In den proximalen Schichten des Trigeminusgebietes von Schnitt No. 474—492 bemerkt man ausser den schon besprochenen Verschiedenheiten noch eine solche der beiden Hälften, welche von einem Ausfall beträchtlicher Faserzüge auf der pathologischen Seite herrührt. Auf der normalen Seite Fig. 8 scheinen diese Züge (f) lateral von der absteigenden Wurzel (abst. W.) gegen die laterale und ventrale Grenze des Bindearmes (BA) zu rücken, bezw. von da zu kommen, d. h. in derselben Weise zu verlaufen wie die sogenannten Kleinhirnfasern des Trigeminus. Auf der defecten Seite fehlen, wie bereits erwähnt, diese Fasern vollständig; ferner ist die laterale Seite des Bindearms in diesen Schnitten auf der defecten Seite intensiver roth gefärbt als auf der normalen Seite, was für einen Ausfall von Nervenfasern an dieser Stelle spricht. Man kann demnach wohl behaupten, dass von der lateralen Seite des Binde-

Digitized by Google

armes her Faserzüge in den Trigeminus eintreten; ob sie aber au dem Kleinhirn stammen, darüber geben meine Präparate keine Aufschluss. —

Aus der eben durchgenommenen Schnittserie der Medulla und Medulla oblongata eines Kalbes, dem der rechtsseitige Bulbus olfactorius und N. trigeminus fehlte, lassen sich folgende Schlüsse über den Ursprung der Trigeminuswurzeln ziehen:

Die motorische Wurzel entspringt aus dem motorischen Kerne derselben Seite, die absteigende Wurzel aus den grossblasigen, im centralen Höhlengrau um den Aquäductus gelegenen Zellen. Absteigende und motorische Wurzel sind von der aufsteigenden durch das stärkere Kaliber ihrer Nervenfasern leicht zu unterscheiden, und man kann daraus erkennen, dass sich die absteigende Wurzel ausschliesslich der motorischen anlegt.

Die von den Autoren angenommene partielle Kreuzung einerseits der motorischen, andererseits der absteigenden Wurzel kann ich weder bestätigen noch läugnen, da auf der pathologischen Seite von beiden Wurzeln noch einige Fasern erhalten sind. Die wenigen erhalten gebliebenen Zellen können diesen Fasern allein ihr Dasein verdanken, vielleicht nur zum Theil, sodass der Rest für die Kreuzungsfasern übrig bliebe. Wenn sich Fasern kreuzen, so sind es jedenfalls nur sehr wenige.

Die Faserbündel, welche die aufsteigende Wurzel des N. trigeminus zusammensetzen, entstehen mit ihren ersten Anfängen wahrscheinlich schon von den untersten Theilen des Halsmarkes ab, da auf dem distalsten Schnitt der Serie vom Kalbe, welcher in der Höhe des fünften hinteren Cervicalnerven liegt, der Querschnitt der aufsteigenden Wurzel der gesunden Seite schon recht bedeutenden Umfang hat.

Die Fasern entwickeln sich aus der Subst. gelat. und zwar in den distalen Schichten d. h. bis etwa zur Eintrittsstelle des zweiten hinteren Halsnervenpaares (Fig. 3) grösstentheils aus der lateralen Partie der Subst. gelat. von der bezeichneten Gegend bis zum verlängerten Mark, d. h. etwas proximal den Wurzeln des ersten hinteren Cervicalnerven (Fig. 6), in wachsender Menge auch aus dem ventrolateralen Abschnitt, (während der dorsale mit den Wurzeln der hinteren Halsnerven in Beziehung zu stehen scheint). Centralwärts von dieser Stelle ist die gelatinöse Substanz in allen ihren

Theilen als faserbildendes Centrum der aufsteigenden Wurzel zu betrachten.

Man könnte nun mit Grund die Berechtigung bestreiten, Folgerungen wie die eben entwickelten aus einem Präparate zu ziehen, das in Folge eines pathologischen Processes solche Defecte aufwies. Es wäre ja möglich, dass die Atrophie der aufsteigenden Trigeminuswurzel und der Substantia gelatinosa in gar keinem ursächlichen Zusammenhang ständen, dass irgend ein organischer oder mechanischer Vorgang beide Theile nur deshalb zur Atrophie brachte, weil sie nebeneinander liegen.

Abgesehen davon, dass man nicht leicht eine atrophische Nervenwurzel findet ohne entsprechende Atrophie des nächsten ihr zugehörigen Ganglions, dass man speciell im vorliegenden Falle das Fehlen der aufsteigenden Trigeminuswurzel und die Atrophie der Subst. gelatinosa in Ermangelung einer anderweitigen Atrophie als sich gegenseitig bedingend annehmen muss, abgesehen davon steht mir die Schnittreihe eines Kaninchengehirns nebst Rückenmark zu Gebote, welche ebenfalls Atrophie der aufsteigenden Trigeminuswurzel neben Atrophie der Subst. gelatinosa zeigt, obwohl der Trigeminus an einer weit entfernten Stelle, nämlich zwischen Brücke und Ganglion Gasseri operativ mit dem Messer angegriffen und theilweise durchschnitten wurde.

Kaninchen-Präparat.

Mit Carmin gefärbte Frontalschnitte des Gehirns und Rückenmarks eines Kaninchens, welchem bald nach der Geburt der N. trigeminus der linken Seite durchschnitten worden war.

Das Messer drang auf der linken Seite durch die hinteren Partien des Schläfenlappens ein, verletzte die hintere Hälfte des Corp. quadrigem. ant., durchschnitt den N. trochlearis, theilweise auch den Pedunc. cerebri und durchtrennte den N. trigeminus zwischen Brücke und Ganglion Gasseri, aber nicht vollständig, sondern nur etwa zur Hälfte. In Folge der Verletzung des linken Corp. quadrig. ant. ist der Tractus opticus der linken und der N. opticus der rechten Seite atrophisch. Die Durchschneidung des N. trochlearis der linken Seite hatte Atrophie des Trochleariskernes der rechten Seite zur Folge, die Verletzung des Pedunc. cerebri bewirkte Atrophie der Pyramide, die Verletzung des N. trigeminus

Digitized by Google

aber verursachte Veränderungen, welche in Folgendem näher beschrieben werden.

I. Die aufsteigende Trigeminuswurzel.

Der distalste Rückenmarks-Querschnitt der Serie fällt mit der Stelle des Eintritts des vierten Halsnervenpaares in die Medulla zusammen. Nicht so leicht wie beim Rückenmark des Kalbes, aber immerhin deutlich genug erkennt man den hier schon ziemlich entwickelten Querschnitt V und V^1 der aufsteigenden Trigeminuswurzel (Fig. 9, Schnitt No. 1). Derselbe ist auf beiden Seiten annähernd gleich dick, auf der pathologischen Seite aber kürzer (V^1) als auf der normalen Seite (V). Die Substantia gelatinosa s^1g^1 ist auf der pathologischen Seite nicht nur kürzer, sondern auch schmäler als die Substantia gelat. (sg) der normalen Seite. Bei dieser Verkürzung der Subst. gelat. handelt es sich um einen ähnlichen, nur nicht so vollständigen Ausfall theils quer, theils längs getroffener feiner Nervenfaserbündel, wie er Seite 24 u. 25 beim Rückenmark des Kalbes besprochen wurde.

Die Verschmälerung der Subst. gelat. der defecten Seite erfährt in höher gelegenen Schichten (Fig. 10, Schnitt No. 45, Gegend des zweiten hinteren Halsnervenpaares n. c.) noch eine Zunahme, welche sich hauptsächlich auf den ventro- und mediolateralen Theil der gelatinösen Substanz bezieht. Einerseits ist sie bewirkt durch Verminderung der Zahl und schwächeren Umfang der quer und längs getroffenen Faserbündel, andererseits durch den Ausfall vieler — nicht aller — einzelner Nervenfasern, welche auf der normalen Seite anfangs, d. h. in mehr distal gelegenen Schnitten auf die ventro-laterale Gegend der Subst. gelatin. beschränkt, später, d. h. in mehr proximal gelegenen Schnitten sich über deren ganze Fläche ausbreiten; sie erscheinen im Frontalschnitt quer getroffen und zeichnen sich durch starke Achsencylinder aus.

Weiter proximal bildet sich allmälig folgendes, durch viele Schnitte constante Verhältniss aus: Die gelatinöse Substanz g^1s^1 der defecten Seite (Fig. 11, Schnitt No. 130) ist gegen die gs der gesunden Seite etwa um den dritten Theil verkürzt und verschmälert. Die Verschmälerung betrifft vor allem den medio- und ventrolateralen Theil. Die Ursachen sind oben angegeben. Von dem bekannten halbmondförmigen Querschnitt der aufsteigenden Trige-

minuswurzel bemerkt man auf der pathologischen Hälfte nur einen dorsalen Rest V^1, etwa $^1/_3$ des normalen Querschnitts V.

Auf Schnitten aus der Gegend des Austritts des N. trigeminus (Fig. 12, Schnitt 312 und Fig. 13, Schnitt 328) besteht der Querschnitt des N. trigeminus auf der pathologischen Seite aus zwei ungefähr gleichen Hälften, deren eine (Fig. 13 V^1a) die absteigende und motorische Wurzel, deren andere (V^1b) die erhaltenen Fasern der aufsteigenden Wurzel vorstellt. Beide Hälften sind voneinander getrennt durch eine gleichmässig roth gefärbte, mächtige Bindegewebsleiste (Fig. 13, V^1c), die sich direct in die atrophische Subst. gelatinosa s^1g^1 fortsetzt und proximalwärts in allmälig abnehmender Breite zu sehen ist, solange Fasern der Trigeminuswurzeln austreten. Auf der normalen Seite (Fig. 12) sieht man von dieser Scheidewand nichts, die motorische und die absteigende Wurzel Va liegt unmittelbar neben der aufsteigenden Wurzel Vb, und es kann nach all dem Gesagten keinem Zweifel unterliegen, dass dieser Bindegewebszug an die Stelle atrophirter Nervenfasern getreten ist. Es ist somit von der aufsteigenden Trigeminuswurzel der Theil atrophirt, welcher der absteigenden Wurzel anliegt d. h. der mediale Theil, und man kann sagen, dass etwa $^4/_5$ der aufsteigenden Wurzel atrophirt sind und dass nur das lateralste Fünftel (V^1b, Fig. 12) erhalten ist.

II. Die absteigende und die motorische Wurzel.

Die absteigende Wurzel ist auf der operirten Seite etwas schwächer als auf der normalen; besonders deutlich ist der Unterschied da, wo die Querschnitte der absteigenden Wurzel zwischen Bindearm und hinterem Längsbündel liegen. Dementsprechend stellt sich das Zahlenverhältniss der als Kern der absteigenden Wurzel anzusehenden grossblasigen Zellen etwa wie 6 : 9. Vorherrschend ist die Zellenarmuth gerade in der eben genannten Gegend.

Die motorische Wurzel scheint beiderseits intact zu sein. Auf der normalen Seite ist der motorische Kern zu verfolgen von Schnitt 280 bis Schnitt 337; auf der pathologischen Seite von Schnitt 293 bis Schnitt 346. Es ergiebt sich also eine Differenz von 4 Schnitten zu Ungunsten des motorischen Kerns der pathologischen Hälfte, die man zu keinerlei Schluss verwenden wird,

Digitized by Google

wenn man bedenkt, wie allmälig, d. h. mit wie wenig Zellen der motorische Kern beginnt und endet. —

Dass die am Kaninchenpräparat vorhandenen Atrophien der Subst. gelat. und der aufsteigenden Trigeminuswurzel in ursächlichem Zusammenhang stehen, ist zweifellos und somit erscheint auch der ursächliche Zusammenhang der am Kalbspräparat oben beschriebenen Atrophien als erwiesen.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1—8. Frontalschnitte durch Medulla und Medulla oblongata eines Kalbes, dem der rechtsseitige Bulbus olfact. und der rechtsseitige N. trigeminus vollständig fehlt. Carminfärbung.

Fig. 9—13. Frontalschnitte durch Medulla und Medulla oblongata eines Kaninchens, welchem bald nach der Geburt der N. trigeminus der linken Seite zwischen Brücke und Ganglion Gasseri etwa zur Hälfte durchschnitten worden war und welches einige Monate später getödtet wurde.

Gemeinsame Bezeichnungen.

V. Aufsteigende Trigeminuswurzel der normalen Seite.
V^1. Aufsteigende Trigeminuswurzel der defecten Seite.
sg. Substantia gelatinosa der normalen Seite.
s^1g^1. Substantia gelatinosa der defecten Seite.
BA. Bindearm der normalen Seite.
BA^1. Bindearm der defecten Seite.
m. K. Motorischer Kern des Trigeminus.
K. Kern der absteigenden Trigeminuswurzel.
m. K^1. Atrophischer motorischer Kern des Trigeminus.
abs. W. Absteigende Trigeminuswurzel.
abs. W^1. Atrophische absteigende Trigeminuswurzel.
m. W. Motorische Trigeminuswurzel.
z. Rothgefärbte Stützsubstanz an Stelle atrophirter Nervenfasern.

Fig. 1. (Schnitt No. 4). Frontalschnitt durch das Rückenmark des Kalbes in der Höhe der hinteren Wurzeln des fünften Cervicalnerven.
b. Ventraler Theil der Subst. gelat. der defecten Seite.
h. Lateraler Rand des Hinterstrangs.
s. Dorsales Ende des Seitenstrangs.

Fig. 2. Die Contouren der beiden Hinterhörner desselben Schnittes ineinander gezeichnet.

Die gestrichelte Linie bezeichnet die Contouren des Hinterhorns der defecten Seite, die ausgezogene Linie die des Hinterhorns der normalen Seite.

Digitized by Google

a u. a', ebenso b u. b', c u. c', d u. d' bezeichnen identische Punkte beider Hinterhörner.

Fig. 3 (Schnitt No. 66). Die Contouren der beiden Hinterhörner ineinander gezeichnet. Alles Uebrige wie in Fig. 2.

Fig. 4 (Schnitt No. 78), Frontalschnitt durch das Rückenmark des Kalbes weiter proximal.

bq. Querschnitte von Faserbündeln der Subst. gelat., auf der normalen Seite stärker als auf der defecten.

Fig. 5 (Schnitt No. 175). Frontalschnitt durch das Rückenmark des Kalbes weiter proximal.

ac. Dorsale Seite des normalen Hinterhorns.

a'c'. Dorsale Seite des defecten Hinterhorns.

Fig. 6 (Schnitt No. 231). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kalbes in der Gegend des eben eröffneten Canal. central.

Fig. 7 (Schnitt No. 461). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kalbes in der Gegend der distalen Anfänge der motorischen und der absteigenden Trigeminuswurzel.

Fig. 8 (Schnitt No. 487). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kalbes weiter proximal.

f. Nervenfaserzüge, welche lateral von der absteigenden Trigeminuswurzel gegen den Bindearm verlaufen, Kleinhirnfasern (?) des Trigeminus.

Fig. 9 (Schnitt No. 1). Frontalschnitt durch das Rückenmark des Kaninchens in der Höhe der hinteren Wurzel des vierten Cervicalnerven.

Fig. 10 (Schnitt No. 45). Frontalschnitt durch das Rückenmark des Kaninchens weiter proximal.

n. c. Hintere Cervicalnerven-Wurzel.

Fig. 11 (Schnitt No. 130). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kaninchens in der Höhe des Hypoglossus- und Vaguskerns.

Fig. 12 (Schnitt No. 312). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kaninchens in der Höhe des Austritts des N. trigeminus.

V a. Motorische und absteigende Trigeminuswurzel der normalen Seite.

V b. Aufsteigende Trigeminuswurzel der normalen Seite.

V'b. Atrophische aufsteigende Trigeminuswurzel der defecten Seite.

Fig. 13 (Schnitt No. 328). Frontalschnitt durch das verlängerte Mark des Kaninchens in der Höhe des Austritts des N. trigeminus, weiter proximal.

V'a. Motorische und absteigende Trigeminuswurzel der defecten Seite.

V'b. Rest der aufsteigenden Trigeminuswurzel der defecten Seite.

V'c. Roth gefärbter Bindegewebszug an Stelle des atrophirten Theils der aufsteigenden Trigeminuswurzel der defecten Seite.

Zur Syphilis des Centralnervensystems und der Psychosen.

Von

Dr. Oebeke in Bonn (Endenich).

Zur Kenntniss der Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Krankheiten des centralen Nervensystems einen Beitrag zu liefern, ist der Zweck der nachfolgenden Mittheilungen. Ich bin mir der Unvollständigkeit derselben wohl bewusst, allein so lange in der genaueren Kenntniss der vielgestaltigen Folgeerscheinungen dieser Krankheitsursache im Nervensystem nach so mancher Richtung hin die nothwendige Bestimmtheit und Klarheit noch vermisst wird, dürfte auch eine geringe Beisteuer zur Förderung derselben gerechtfertigt und willkommen sein.

Unter 320 aufgenommenen Männern hatte eine syphilitische Infection und fast ausnahmslos nachfolgende secundäre Syphilis bestanden bei 72 d. i. $22^1/_2$ pCt.

Unter diesen 320 Männern waren paralytisch 70 d. i. $21^7/_8$ pCt. Von diesen 70 Paralytischen waren syphilitisch gewesen 40 d. i. $57^1/_7$ pCt., nicht syphilitisch 30 d. i. $42^6/_7$ pCt. Rechnen wir nun die 70 Paralytiker von der Gesammtzahl der Verpflegten ($320-70=250$) ab, dann befinden sich unter den Uebrigen 250 noch 32 d. i. $12^4/_5$ pCt. mit vorangegangener Syphilis. Unter den Aufgenommenen 320 waren syphilitisch und paralytisch 40 d. i. 12,5 pCt., syphilitisch aber nicht paralytisch 32 d. i. 10 pCt.

Es fanden sich aber unter allen Aufgenommenen zusammen 22 pCt. früher Syphilitische, unter den Paralytikern allein 57 pCt. d. i. $2^1/_2$ Mal so Viele, als in der Gesammtheit, während unter den

Digitized by Google

Nicht-Paralytischen dieser Factor nur in 12 pCt., also bei der Paralyse fast 5 Mal so häufig sich geltend macht. Auf einen nicht paralytischen Syphilitiker kommen dem Procentsatze nach 4,75 paralytische Syphilitiker.

Erb fand (Centralblatt f. d. medicinischen Wissenschaften 1881 No. 12 S. 215) unter 400 Clienten, die an irgend welchen anderen nicht tabischen und nicht direct syphilitischen (zumeist an nervösen) Erkrankungen litten, 23 pCt. mit Syphilis oder Schanker in der Vorgeschichte, mit secundärer Syphilis allein 12 pCt. Bei meinen Patienten handelte es sich fast ausschliesslich um solche mit vorangegangenen secundären Erscheinungen. Es ergäbe die obige Zusammenstellung also in diesem Punkte eine auffallende Uebereinstimmung der geistig Erkrankten ($12^4/_5$ pCt.) mit den zumeist an nervösen Leiden Erkrankten *Erb*'s (12 pCt.). Zwei von meinen Fällen der letzten Art, die ich länger beobachten und deren schliessliches Sectionsergebniss ich mitzutheilen in der Lage bin, scheinen mir einer eingehenden Beschreibung wohl werth.

1. A. S., Ingenieur-Hauptmann, geb. 11. Febr. 1835, verheirathet, kinderlos, befand sich in Behandlung und Pflege der Heilanstalt zu Endenich vom 19. Februar 1874 bis 19. August 1879. In der Ascendenz seiner Familie sind keine Seelenstörungen vorgekommen. Patient gut beanlagt, aber als Kind skrophulös, litt an Augenentzündungen und Drüsenanschwellungen und gebrauchte 21 Jahre alt (1856) wegen eines Augenleidens eine *Zittmann*'sche Kur. (1859) 24 Jahre alt zog er sich eine syphilitische Infection zu: schwache Schmierkur. Seitdem ab und zu Hautausschläge (Rupia), Unterschenkelgeschwüre. (1861) 26 Jahre alt, Knochenauftreibungen an rechter Ulna und Tibia. Besserung nach Kal. jodat. Nahm dies selbstständig hinterher bei mehrfacher Wiederkehr der Unterschenkelgeschwüre. (1867) 32 Jahre alt in Aachen Gebrauch von Dampfbädern zu seiner Beruhigung wegen der Befürchtung latenter Syphilis. Damals keine syphilitischen Erscheinungen irgend welcher Art. 1868 neue Geschwüre mit Wasseraufschlägen behandelt; sehr langsame Heilung. (1869) 34 Jahre alt auf dem Wege zur Parade Schwindel zum ersten Male, der ihn zur Rückkehr nach Hause zwang. Dort Ohnmacht. Seitdem Gedächtnissschwäche, Reizbarkeit, kleinlicher Geiz. Sommer 1869 Badekur in Kreuznach: Verschlimmerung der Gereiztheit und Heftigkeit. Gebrauchte dagegen im Herbst 1869 ein Seebad mit anfänglich gutem Erfolg. Bald hinterher Verschlimmerung, starker Speichelfluss, wie früher schon einmal. Ward desshalb vom Nacken aus galvanisirt, aber die Vergesslichkeit nahm zu; es stellten sich Ende 1869 Apathie, Sprachstörung, Verwechslung der Begriffe, fehlerhaftes Schreiben, grosses Müdigkeitsgefühl, Schwere im Kopfe,

Digitized by Google

blutiger Schnupfen, mehrmals Schwindelanfälle ein, selten Kopfschmerz, keinerlei weitere Störung der Motilität und Sensibilität, aber starkes *Romberg*'sches Symptom. Die ophthalmoskopische Untersuchung fiel negativ aus; kein Eiweiss im Urin. Unter diesen Umständen wurde vom 10. Jan. 1870 an eine starke Schmierkur in Burtscheid (100 Einreibungen à 5,0 in Pausen) und 4 mal täglich 0,3 Kal. jodat., Thermalbäder von 28° R. gebraucht. Darauf Besserung: grössere Kräftigkeit; er ging stundenlang, sprach flotter, wurde theilnehmender, seine Briefe verständiger: aber Alles nur bis zu einem gewissen Maasse. Seit Herbst 1870 wieder fortschreitende langsame Verschlimmerung mit aufbrausender Heftigkeit und sexueller Erregung. Am 25. Decbr. 1870 erfolgte der erste Schlaganfall mit Hinstürzen und vorübergehender Bewusstlosigkeit. Hiernach rascher geistiger und körperlicher Verfall; Patient sprach nur noch einzelne Worte, musste wie ein Kind gewaschen und angekleidet werden. Starkes Oedem der Füsse, mehrmals Schwindel und Ohnmachten. Im April 1871 neuer heftiger Schlaganfall: 36 Stunden Gesichts- und allgemeine Krämpfe, Besinnungslosigkeit mit nachfolgender rechtsseitiger Lähmung in Arm und Bein und in den Sphinkteren. Danach allmähliche Erholung, aber nach 2 Monaten kindisch, Abnahme des Gedächtnisses und Denkvermögens, die Parese rechts noch deutlich, rechte Schulter tiefer stehend, Sprache stammelnd, Blick stupid, erkannte seine Freunde nicht. Abmagerung trotz sehr lebhaften Appetits, keine Ptosis, keine Veränderung an den Pupillen, keine Sensibilitätsstörung: Wunde am Unterschenkel wieder offen. Patient gebrauchte viel Kal. jodat. und Ferr. jodat. (cf. *Braus*, die Hirnsyphilis. 1873 Fall IV). So blieb der Zustand bis zum Winter 1873, dann Zunahme der Gereiztheit mit lautem Schreien und Lärmen, aber Patient beschäftigte sich noch mit mechanischem Lesen, Durchblättern von Zeitschriften, und schrieb Briefe mit Bestellungen von Gegenständen. Kälte und Wärme schien er kaum zu empfinden. Im Winter ging er vor Kälte schlotternd mit weit offenem Rocke, im Sommer hielt er consequent, auch Morgens und Abends die Fenster geschlossen. Eine gewaltige Aufregung verursachte jedesmal das Schneiden der Haare oder Nägel. In der Anstalt zu Endenich zeigte sein Verhalten eine langsam fortschreitende Abnahme seiner Geisteskräfte neben einer Zunahme seiner oft ganz unmotivirten Reizbarkeit mit lautem Schreien und Lärmen. Anfänglich beschäftigte er sich noch einigermaassen mit Buntstickerei, Dominospiel, Briefschreiben, aber allmählich wurde das Interesse dafür geringer, er blätterte nur in Büchern, namentlich gern in illustrirten, zerriss sie meist hinterher und wurde unreinlich. Ueber jedes neue noch so unbedeutende Vorkommniss gerieth er ausser sich und in laut lärmende Heftigkeit, z. B. wenn Jemand nur ein neues Kleidungsstück trug oder wenn einmal einer der anderen Patienten in Pantoffeln im Garten erschien. Seine Rede war nur im Beginn des Sprechens verständlicher, verlor sich aber bald in unverständliche Laute und bewegte sich gerne in Infinitiven. Der Körper mässig nach rechts und abwärts hängend, rechte

Digitized by Google

Schulter tieferstehend als die linke. Links Ptosis des oberen Augenlides: dieses stärker vascularisirt, als das rechte, ebenso die linke Conjunctiva bulbi. Beide Pupillen zu eng, doch reagirend bei Lichtwechsel und Accomodation. Das Gesicht nach links verzogen in Folge Parese des rechten Nerv. facialis. Die ausgestreckten Hände wenig zitternd, die Handschrift schlechter und undeutlicher als früher. Der Gang etwas unsicher wegen mässigen Nachschleppens oder stärkeren Aufstampfens mit dem rechten Bein. Die Lähmungserscheinungen machten keine Fortschritte. Der Kranke blieb recht mobil und wanderte Stundenlang im Garten flott umher, ohne Ermüdung zu zeigen. Eine eingehendere Untersuchung bei der Unsinnigkeit des Kranken nicht möglich. Das Kniephänomen war bei der Aufnahme des Patienten (Februar 1874) noch nicht bekannt. Sensibilitätsprüfungen unverwerthbar. An der linken Conjunctiva und Cornea häufig für einige Tage neuroparalytische Entzündung in wechselndem Grade. Aus dem rechten Nasenloche mehrfach unbedeutende Blutung. So blieb im Wesentlichen sein Zustand, bis der Kranke aus ökonomischen Gründen in eine Provinzialanstalt am 19. August 1879 übersiedelte, wo sein Verhalten keine bemerkenswerthe Aenderung zeigte und er nach nur mehrtägigem unbestimmten Unwohlsein am 10. Juli 1884 starb.

Die Section 8 Stunden p. m. ergab dort:

„Leichengewicht 52 k.

Mittelgrosse gutgenährte Leiche (männlich). Leichenstarre in allen Extremitäten erhalten. Todtenflecken am ganzen Körper und den unteren Extremitäten. Auf der inneren Fläche des linken Unterschenkels in der Mitte ein Markgrosser Schorf. Bei der Eröffnung des Rückenmarkes ergiesst sich eine Menge Blut. — Schädeldach symmetrisch; Nähte deutlich sichtbar. Gefässfurchen tief. Ziemlich viel Diploë. — Im Sin. longt. sehr wenig flüssiges Blut. Auf der Innenfläche der Dura cereb. der Basis, namentlich in den mittleren Schädelgruben, in der vorderen zu beiden Seiten des Hahnenkamms, in der hinteren Schädelgrube namentlich an den Pyramiden zarte roth gefärbte Auflagerung mit zum Theil alten rothen Flecken. Die Dura der Convexität in der Gegend beider Art. mening. med. mit dem Schädeldach verwachsen. Die Dura im Ganzen derb. Es lassen sich in der ganzen Ausdehnung stellenweise zarte Häutchen abheben. Gefässe nur mässig gefüllt. Ueber dem Tentorium ebensolche rothe Flecken wie an der Basis.

Gehirngewicht 1096. Die Gefässe der Pia stark gefüllt. Die Pia im Ganzen stark ödematös, in den vorderen Partien bis zum Occipitallappen in der ganzen Ausdehnung stark getrübt, namentlich in der Umgebung der Gefässe. Die beiden Olfactorii sind platt, schmal und grau durchsichtig. Atrophie der Hirnwindungen im vorderen Theil des Stirnhirns, am Ursprung der I. und II. Frontalwindung, an der vorderen Centralwindung und am Uebergang der hinteren Centralwindung auf das Scheitelläppchen. — Unter der Pia hinter dem äusseren Ende des inneren Drittels der hinteren Centralwindung rechts in einer Furche eine haselnussgrosse Blase, die sich

Digitized by Google

von der Pia leicht ablösen lässt und mit der Hirnoberfläche nicht verwachsen ist. Im mittleren Theil der ersten Frontalwindung rechts ist die Pia in der Ausdehnung von 1 Mark auffallend stark verdickt, getrübt und mit der Hirnrinde verwachsen. Das Gehirn ziemlich weich, blutreich. Die Hirnrinde schmal, stark hyperämisch. Die grossen Ganglien sehr blutreich. Die Ventrikel verhältnissmässig eng. —

Die Dura spin. hyperämisch, besonders unten. Ebenso zeigt die graue Substanz des Rückenmarkes, besonders an den Vorderhörnern starken Blutgehalt. —

Zwergfell rechts IV., links V. Costa. —

Beide Lungen schlecht retrahirt. Pleuren ohne Flüssigkeit. Im Herzbeutel eine geringe Menge klarer Flüssigkeit. Im Herzen wenig Blut, die Atrio-ventricularklappen links im Ganzen verdickt. Herz sonst normal. Aorta ohne Atherom. Die linke Lunge vorne und oben mit der Pleur. cost. verwachsen. Lunge normal, der untere Lappen stark hyperämisch. Die rechte Lunge hinten und oben verwachsen. Der untere Lappen stark hyperämisch, sonst normal.

Milz sehr blutreich, brücklich.

Die linke Niere klein, etwas gelappt. Rindensubstanz schmal. Nierenkapsel und Nierenbecken sehr fettreich. Die rechte Niere in der unteren Hälfte etwas atrophisch. Die Rindensubstanz beinahe fehlend. Leber klein, sonst normal. Magen und Darm ohne Abnormitäten. —

Klin. Diagnose: Blödsinn mit Lähmung. Anat. Diagnose: Pacchymening. haemorrh. cortical. et basilaris.

Hyperaemia cerebr. et med. spin. Leptomening. Cysticercus cerebri."

Die histologische Untersuchung, damals 1884 ausgeführt von Prof. Dr. *Ribbert* (Bonn), zeigte Folgendes:

Die pathologischen Verhältnisse betreffen nur das Rückenmark, im Gehirn wurden histologische Abnormitäten nicht gefunden.

Die Veränderungen des Rückenmarkes sind zweifacher Art, sie bestehen in meningitischen Processen und einer davon abhängigen Degeneration der *Goll*'schen Stränge. Die Meningitis ist am deutlichsten ausgesprochen im Lenden- und unteren Brustmark. Sie betrifft die Circumferenz des Markes nicht gleichmässig und ist zunächst im unteren Lendenmark nur in Zügen vorhanden, während dazwischenliegende Abschnitte normal sind. Sie ist hier ebenso wenig wie weiter oben an bestimmte Stränge der weissen Substanz gebunden, vielmehr ist der Process bald hinten, bald seitlich, bald vorne ausgeprägter. Im oberen Lenden- und unteren Brustmark erreicht er seine grösste Ausdehnung, hier nimmt er stellenweise den ganzen Umfang ein. Im oberen Brustmark verliert er dann wieder allmählich an In- und Extensität, um im Halsmark nur noch in Spuren erkennbar zu sein. Histologisch findet er seinen Ausdruck in der Existenz einer festen Verbindung zwischen Pia und Oberfläche des Rückenmarkes durch ein feinnetzförmiges kernreiches Bindegewebe. Die Dicke dieser Schicht ist ver-

schieden. Von ihr ausgehend setzt sich der Process in die weisse Substanz fort und zwar in wechselnde Tiefe. An der einen Stelle fast ganz auf die Oberfläche beschränkt, dringt er an einer anderen bis auf etwa $^1/_5$, seltener an wieder anderen bis auf $^1/_3$ der Dicke der weissen Substanz ein. Es handelt sich um eine Zunahme des Gliagewebes, die ganz allmählich in den angedeuteten Grenzen nach innen sich verliert. Die übrige Substanz des Querschnittes ist im Lendenmark unverändert. Im mittleren Brustmark aber und in ganz geringem Maasse auch schon weiter abwärts beginnt, allmählich nach oben zunehmend, eine Degeneration der *Goll*'schen Stränge, die im Halsmark am ausgesprochensten zu Tage tritt. Sie besteht in einer Zunahme des Gliagewebes, dessen Knotenpunkte besonders verbreitert und mit mehr Kernen als normal versehen sind. Diese Veränderungen sind am deutlichsten in den an die graue Commissur angrenzenden Abschnitten, wo sie auch am Brustmark zuerst bemerkbar werden, und nehmen gegen die Oberfläche allmählich an Intensität ab, ohne aber auch hier am Halsmark ganz zu verschwinden. In letzterem sind jene inneren Abschnitte ausserdem auch seitlich nicht scharf begrenzt, sondern hier geht der Process auf die übrigen Abschnitte der Hinterstränge, sich allmählich verlierend über. Besondere Veränderungen der Nerven- und Axencylinder konnten an dem gehärteten Object nicht wahrgenommen werden, nur dass selbstverständlich die Nervenröhren in einer der Zunahme der Glia entsprechenden Weise verengt sind.

Die Degeneration der *Goll*'schen Stränge kann an gefärbten Präparaten mit blossem Auge wahrgenommen werden.

Wir sehen also bei einem gut veranlagten Manne ziemlich bald nach einer syphilitischen Infection Hautausschläge und Geschwüre, 2 Jahre danach Knochenauftreibungen eintreten, die nach specifischen Mitteln zunächst schwinden, aber wiederkehren, bis 10 Jahre nach der Infection die ersten krankhaften Erscheinungen von Seiten des Gehirns als Schwindel und Ohnmacht sich zeigen, an welche eine langsam zunehmende ungünstige Veränderung des geistigen Wesens mit Reizbarkeit und Gedächtnissschwäche sich anschliesst, die nach verschiedenenen Curen, namentlich nach eingreifender specifischer Cur in Aachen, eine gewisse Besserung erkennen lässt, sich aber von Neuem verschlimmert, bis 2 apoplektiforme Anfälle in 3—4 monatlicher Zwischenzeit dem Zustande sein verderbliches Zeichen dauernd aufdrücken. Die gesetzten Lähmungen des zweiten Anfalls bildeten sich allmählich bis auf geringe Paresen in dem rechten Nerv. facial. und der Musculatur der rechten Körperhälfte neben einer wechselnd starken linksseitigen Ptosis des oberen Augenlides zurück, so dass der Kranke körperlich wie-

Digitized by Google

der rüstig wurde, während der vorher begonnene Niedergang der geistigen Fähigkeiten sich langsam zu vollständigem Blödsinn entwickelte. — Dem entsprechend zeigte die Autopsie die Producte chronisch-hämorrhagischer Entzündung mit Verdickung der Dura mater und stellenweise Verwachsung dieser mit der Schädelkapsel, eine starke Trübung der Pia, namentlich um die Gefässe, eine ungewöhnliche Füllung dieser letzteren, eine stellenweise auffallend starke Verdickung der Pia und Verwachsung mit der Hirnrinde, eine Atrophie der Hirnwindungen, vom Stirnhirn bis auf das Scheitelläppchen sich erstreckend, und eine Schmalheit der grauen Substanz neben einem grossen Blutreichthum des Gehirnes im Ganzen: Veränderungen, wie sie zum Theil der progressiven Paralyse eigen sind, während der protrahirte Verlauf von 15 Jahren, die Stabilität der Parese in 10—12 Jahren bis zum Lebensende ohne Fortschreiten oder Verschlimmerung derselben dem Charakter des „Progressiven“ wiedersprechen. Die haselnussgrosse Cysticercus-Blase scheint keine besonderen Erscheinungen veranlasst zu haben. Bemerkenswerth bleibt immer der Umstand, dass nach den damals (1884) üblichen Untersuchungsmethoden im Gehirn keine besonderen Abnormitäten gefunden wurden. Das Rückenmark zeigt an einzelnen Abschnitten bald mehr bald weniger intensive, oberflächliche oder tiefer in die Substanz eindringende meningitische Veränderungen, die durch Wucherung eines kernreichen Bindegewebes Pia und Oberfläche des Rückenmarks fest miteinander verbinden und mit Zunahme des Gliagewebes im Rückenmark, stellenweise einer Verschmälerung der Nervenröhren in diesem, und mit einer Degeneration der *Goll*'schen Stränge, der übrigen Abschnitte der Hinterstränge nur in kleiner Ausdehnung einhergehen. — Wir dürfen wohl nach der Entwicklung des klinischen Krankheitsbildes annehmen, dass der Krankheitsprocess des Centralnervensystems im Gehirn begann — Schwindel, Ohnmacht, Reizbarkeit, Gedächtnissabnahme waren die ersten Erscheinungen — und sich erst später auf das Rückenmark fortsetzte, der Zeit nach vielleicht erst nach den apoplektischen Anfällen. Während nun die Erscheinungen auf geistigem Gebiete stark in den Vordergrund treten und dem Krankheitsbilde das charakteristische Gepräge des Blödsinns fortschreitend in weiterem Umfange aufdrücken, die somatischen Lähmungen dagegen anfänglich sich bessern und die letzten 10 Jahre

des Lebens unverändert bleiben, zeigt die anatomische Untersuchung zwar hinreicheud den Ausfall im seelischen Leben erklärende und bekannte makroskopische Befunde, aber keine wohl zu erwartenden ausgebildeteren histologischen Veränderungen im Gehirn, wogegen das Rückenmark diese in grösserer Intensität aufweist. Die diesem letzteren Befunde entsprechenden functionellen Störungen waren im Leben verhältnissmässig nur gering hervorgetreten. Eine genauere Untersuchung scheiterte an dem unsinnig-abwehrenden Verhalten des Patienten.

2. F. G., Kaufmann, unverheirathet, geb. 4. Januar 1821, befand sich in Behandlung und Pflege der Heilanstalt zu Endenich vom 8. October 1870—8. August 1881. — Patient, der älteste von 5 Brüdern, ohne jede Familienanlage zu Geistesstörungen, ist geistig gut begabt, lernte leicht, war aber faul, zeigte grosses Verständniss für Maschinenkunde und besondere Anlage für Musik, wurde Kaufmann in Amsterdam, Bordeaux, Cöln, dann mehrere Jahre in Australien Goldgräber und schliesslich wieder Kaufmann in London. Eitel von jeher, meinte er, da er sich für hässlich hielt, auf Andere einen schlechten Eindruck zu machen, wurde dessbalb sehr misstrauisch und leicht grob. Im Trinken mässig, schweifte er in Venere stark aus und zog sich im Jahre 1865 und 1866 syphilitische Infectionen zu, denen trotz localer Behandlung allgemeine Lues folgte, die sich in Rachengeschwüren, Verlust eines Fingernagels nebst knöcherner Phalanx, putridem Abscess am linken Handgelenk mit starker Narbenbildung und Hautverfärbung, mehreren kleineren und grösseren runden Geschwüren auf der Stirne und der rechten Hälfte der behaarten Kopfhaut bis auf den Knochen äusserte und durch mehrmaligen Gebrauch von Jodkalium, Calomel, Sublimat und Schmierkur bis zum Speichelfluss, Kaltwasserbehandlung, die Bäder von Aachen und Leuk nicht dauernd getilgt werden konnte. Im August 1869 nach London zurückgekehrt, erlitt er dort im September einen apoplectischen Anfall mit Verlust des Bewusstseins und längerer Sprachstörung. Als die Folgen hiervon sich gebessert, siedelte er in eine Kaltwasseranstalt im October 1869 über, wo er noch in demselben Monat eines Morgens vom Wärter sprachlos gefunden wurde. Die ganze rechte Körperseite war gelähmt, Gedächtniss und Urtheilskraft erheblich beeinträchtigt, die Sprache blieb dort schwer verständlich, der Wortschatz eingeschränkt. Anfangs December 1869 nahm ihn sein Bruder zu sich. Die Gehfähigkeit besserte sich langsam, die Sprache und das Gedächtniss nur wenig; hin und wieder trat Incontinentia vesicae auf. Im Juni 1870 ging er auf seinen Wunsch von Neuem in eine Kaltwasseranstalt. Hier liess er sich aber geistig und körperlich verkommen, beschmutzte Tag und Nacht Kleider und Bett mit Urin und Stuhl und ward bei den Reinigungsversuchen grob und widersetzlich. Geistig zeigte er sich fortschreitend apa-

Digitized by Google

thischer und unzugänglicher. So kam er nach Endenich. Patient von kräftigem Körperbau, früher dick, ist auch jetzt noch (October 1870) wohl genährt. Auf der behaarten Kopfhaut, vorwiegend rechts, und auf der Stirne zum Theil nässendes Eczem. Die Sprache ist schwer verständlich, undeutlich; er findet für manche Dinge die Bezeichnungen nicht oder verwechselt diese, sagt z. B. statt Zeichen: Zäpfchen, statt Brüder: Bücher. Spricht nicht selten deutsch, englisch und französisch durcheinander, verwirrt sich im Satzbau und führt dann einen begonnenen Satz nicht zu Ende. Ihm selbst kommt dies meist zum Bewusstsein und er ist darüber theils niedergedrückt, theils ungehalten, ärgerlich, klagt über sein schlechtes Gedächtniss. Zeitweilig linksseitiger Kopfschmerz. Pupillen gleich weit, gut reagirend bei Lichtwechsel und auf Accomodationsimpulse. Keine Facialis-Lähmung. Die Zunge weicht beim Vorstrecken nach rechts ab. Die rechte obere und untere Extremität sind gelähmt, der rechte Arm steht in Beuge-Contractur, das rechte Bein im Knie mässig gebeugt, so dass der Fuss fast nur mit dem vorderen Theile der Planta pedis aufgesetzt und das rechte Bein beim Gehen, welches nur mit kräftiger Unterstützung möglich, geschleift wird. Am linken Schienbein eine alte Knochenauftreibung, in den Muskeln des linken Beines manchmal blitzartige Zuckungen. Die Bedeutung der Sehnenreflexe war 1870 noch nicht erkannt. Auf der rechten Hinterbacke Decubitus, Wundheit des Scrotum's. Urin mit reichlichem Schleimgehalt. — Geistig erscheint Patient benommen, apathisch, sehr langsam in seinen Denkvorgängen und ohne jedes Interesse. Seine Angaben waren sehr unzuverlässig und widersprachen sich vielfach kurz hintereinander vollständig, ohne dass ihm dies zum Bewusstsein gekommen wäre. — Während des Jahres 1871 besserte sich zunächst die Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines langsam, obschon Patient einer localen Behandlung consequent widerstrebte. Die passiven Bewegungen des rechten Beines zeigten sich im Liegen und Sitzen frei, der Gang wurde sicherer, im October selbst für kurze Strecken ohne Unterstützung möglich, während die Beweglichkeit des rechten Armes erst mit December grösser wurde. In den Jahren 1872 und 1873 konnte mehrmals für längere Zeit eine faradische oder galvanische und Massage-Behandlung der rechten Extremitäten, Uebungen des rechten Armes mit Hanteln durchgeführt werden. Die Sensibilität zeigte sich zum Theil gut erhalten, — an der Volarfläche der rechten Hand wurden die beiden Aesthesiometerspitzen bis zu 1 Pariser Linie, dorsal bis 3 Pariser Linien Abstand als solche empfunden. — Die Extensoren reagirten wenig, die Flexionsstellung des Armes und der Finger behauptet sich, aber die Brauchbarkeit der Glieder nahm zu. So konnte er im September 1872, nur auf seinen Stock gestützt, im Garten spazieren gehen, im Juli 1873 ohne Hülfe des Wärters sich wieder aus- und ankleiden. Die rechte Hand blieb dicker als die linke. Im Juli 1875 ging er $1^1/_2$—2 Stunden spazieren, allein den rechten Fuss vermochte er beim Vorwärtsschreiten nicht genügend zu heben, so dass er beim Gehen den-

selben in einem äusseren Bogen gleichsam nach vorwärts warf und mit dem Innenrande der Fussspitze beim Aufsetzen des Fusses meist den Boden streifte. In diesem Zustande trat hinterher keine wesentliche Aenderung ein. Im Mai 1881 zeigten sich rechte Hand und rechter Fuss vollkommen sensibel, spitze Berührungen wurden richtig localisirt. Active Bewegungen im rechten Schultergelenk erfolgten ausgiebig. Passive Streckbewegungen im rechten Ellbogengelenk waren unbehindert, Beugebewegungen in demselben über einen rechten Winkel stiessen auf Widerstand. Rechts Hand und Finger constant in Flexionsstellung, im rechten Handgelenk nur geringe Beweglichkeit. Diese Theile stets roth, hyperämisch, weich, nicht verhärtet anzufühlen, aber Patient konnte mit den rechten Fingern wieder eine Scheere halten und gebrauchen. Bemerkenswerth ist, dass die Abendtemperatur — periodenweise gemessen — meist um einige Zehntel Grade, manchmal bedeutend mehr in der rechten Achsel die in der linken überstieg. Er griff frühere, damals des Scherzes halber angestellte, Uebungen wieder auf und schrieb mit der linken Hand seit Juli 1873 verhältnissmässig flott Briefe von 1—2 Seiten. Der Ausschlag behauptete sich mit kleineren und grösseren Pausen fast alle die Jahre hindurch und erschien wechselnd auf der behaarten Kopfhaut, auf der Stirne, im Rücken, auf der Brust, auf den Oberarmen oder den Händen und zwar theils als nässendes Eczem mit nachfolgender Eiterung und Borkenbildung namentlich am Kopfe, theils als tief greifende Pusteln oder in den späteren Jahren als Psoriasis scutellata auf Rücken, Brust und Armen mit Substanzverlust und mit Hinterlassung von Narben heilend. Auch stellten sich an einigen Fingern der rechten Hand Exulcerationen, Geschwüre an den Tonsillen und im Rachen ein. Mit Verstärkung der Geschwüre am Kopfe ging jedesmal eine Verschlimmerung des geistigen Befindens einher. Kopfschmerz links, Benommenheit, geistige Schwerfälligkeit, Gedächtnissmangel, Gemüthsverstimmung und Reizbarkeit traten in stärkerem Grade in diesen Zeiten hervor, während im Ganzen seine geistige Regsamkeit, Verständigkeit und Urtheilskraft langsam fortschreitend zunahmen, so dass, während er anfänglich Nichts von dem Inhalt des Gelesenen, im Januar 1871 nicht einmal die Beschiessung von Paris, obschon er täglich 2 Zeitungen mechanisch las, anzugeben wusste, er seit 1874 mit gutem Verständniss viel las, die Ereignisse in der Welt mit Lebhaftigkeit auffasste, die Geld- und Handelsverhältnisse in der Zeitung verfolgte und seine Vermögensangelegenheiten zum Theil wieder selbst besorgte, aber ein schlechtes Gedächtniss für die Namen von Personen, auch der ihm näher Stehenden behielt. Seit Mitte 1876 stellte sich zeitweilig Husten mit Beklemmung und geringem Auswurf ein, der nur selten vorübergehend stärker sich geltend machte, bis mit 1. August 1881 ziemlich unvermittelt entzündliche Erscheinungen seitens der Athmungsorgane mit mässigem Fieber, starker Beklemmung und röthlich putridem Auswurf sich einstellten. Die Untersuchung, soweit ausführbar, ergab im mittleren Drittel der rechten Lunge geringe Dämpfung

Digitized by Google

des Percussionsschalles und in den beiden oberen Lappen rechts die Zeichen von Höhlenbildung. Unter rascher Steigerung dieser Symptome erlag der Kranke am 8. August 1881. Therapeutisch ist zu erwähnen, dass der Ausschlag auf Kopf und Stirn fast stets unter dem Gebrauch von Jodkalium zugleich mit den psychischen Erscheinungen sich besserte und dass die Psoriasis nur durch Ung. bijodat. rubr. zur Heilung gebracht wurde.

Die Section 30 Stunden nach dem Tode, durch äussere Rücksichten verspätet, mit Ausschluss des Rückenmarks, ausgeführt von Professor *Koester* (Bonn) ergab folgende Resultate:

„Auf der Stirnhaut zahlreiche unregelmässige tiefe Narben, Scheitel kahl und glatt ohne Narben. Die Kopfschwarte ist sehr dick und derb in fester Verbindung mit dem Schädeldach.

Schädel gross oval, symmetrisch. Die Pfeilnaht zum Theil verstrichen, die Emissaria des Scheitels stehen nahe aneinander. Oberfläche glatt, nirgends Defecte oder narbige Vertiefungen.

Schädeldach dick und schwer; die Dura steht in sehr fester Verbindung mit demselben. Die Innenfläche der Dura ist aber glatt und feucht, nur in den hinteren Theilen etwas injicirt.

In dem Sinus kleine Speckhaut und Cruor.

Die Pia auf dem Scheitel leicht ödematös und verdickt.

Die Gyri des Gehirns ohne Abnormität. Nur die um die linke Fossa Sylvii sind verschmälert, und hier scheint die ganze Partie um ein Geringes eingesunken, ohne dass aber an der Oberfläche eine Veränderung zu erkennen wäre. Jedoch ist in der Pia, welche die Sylvische Spalte deckt, eine grosse Vene zu einem glatten weissen Streifen obliterirt; von keiner Seite her lässt sich aus den collateralen blutgefüllten Venen Blut in den Streifen eintreiben.

Die Arterien der Gehirnbasis sind unverändert und enthalten wenig Blut.

An den Nervenursprüngen ist nichts Abnormes zu erkennen.

Dagegen ist der linke Gehirnstiel auffallend schmaler und platter als der rechte. Auch die linke Hälfte des Pons und der Med. oblong. erscheinen um ein Geringes schmäler.

Der linke Seitenventrikel ist sehr weit, das Vorderhorn ausgerundet, das Ependym starr. Im Ventrikel sehr viel klare Flüssigkeit. Am Boden desselben ist eine Stelle von der Grösse eines 2 Markstückes tief eingesunken. Sie entspricht etwa zur Hälfte dem mittleren Theil des Corp. striat., zur anderen Hälfte der nach aussen angrenzenden weissen Substanz. Der Boden dieser Grube mit gelblich gallertig gequollenem Ependym bedeckt. Auf den Einschnitten und Durchschnitten ergiebt sich, dass in der Länge der Grube wohl $^2/_3$ der Dicke des Corp. str. zu Verlust gegangen sind, nur die 5 mm grosse innere Spitze des Linsenkerns ist noch erhalten. Nach aussen und unten zu geht der Defect bis zur Rinde, jedoch ist überall noch unter der Rinde ein $^1/_2$—1 mm breiter Streifen weisser Substanz

zed by Google

erhalten. Die Rinde aller anstossenden Windungen des Unterlappens ist um ein Geringes verschmälert. Zwischen dem eingesunkenen Ependym und dem weissen Streifen unter der Rinde ist als Ersatz des Gehirndefects nur eine schmale Schichte bräunlich lockerer Gewebsmasse vorhanden.

Auch der Talamus opticus ist kleiner und platter, corn. Ammon. und pes Hippoc. aber intact.

Der 3. Ventrikel ist auffallend klein, an seinen Wänden und Commissuren aber nichts Abnormes zu erkennen.

Der rechte Seitenventrikel ist gleichfalls weiter und klaffender als normal, aber bei Weitem nicht in dem Maasse als der linke; sein Ependym weniger starr, der Inhalt klare Flüssigkeit.

Im übrigen Gross- und Kleinhirn keine Heerde, der Blutgehalt mässig, die Consistenz nicht abnorm. Die linke Hälfte des Pons ist auf den Durchschnitten schmäler, die Streifenzeichnung verwischt. Die linksseitige Atrophie erstreckt sich ferner auch auf die Medulla obl., insbesondere erscheint der l. Olivenkern sehr klein.

(Der Ventr. sept. lucidi ist auffallend weit, wie eine dicke Federspule und hat starres Ependym.)

Der Aquaeductus Sylvii offen.

Sehr kräftiger Körper mit starker Pann. adip. und gut entwickelter Musculatur.

Die Rippenknorpel grösstentheils verknöchert. Thorax weit. Die Lungen retrahiren sich wenig, in den Pleuraräumen nur eine kleine Quantität Flüssigkeit.

Herzbeutel sehr fettreich, desgleichen das schlaffe Herz.

Die Klappen des rechten Herzens unverändert, Musculatur dünn, Höhlen nicht erweitert. Der linke Vorhof etwas weit, an dem Aortenzipfel der Mitralis einige höckerige Verdickungen und auf den Nodulis der Aortenklappen kleine spitze Fortsätze. Die Musculatur linkerseits gleichfalls schlaff und dünn; in ihr keine Heerde oder Narben. Nur in den Spitzen der Papillarmuskeln kleine sehnige Flecke.

Die linke Lunge gross, stark ödematös, aber überall noch lufthaltig und blutreich. Nur im Centrum, d. h. Hilus ist ein thalergrosser Stern derb indurirt, aber ohne alles Pigment. Dieses indurirte Gewebe steht in starrer Verbindung mit der Wandung der durchtretenden Bronchialäste. Die Schleimhaut letzterer verdickt und derb. In einem federdicken Bronchialast ist die Wandung im Umfang eines 10Pfennigstückes defect, fetzig grau. Bindegewebe und bronchiale Lymphdrüsen sind fest und schwielig mit den Bronchien verwachsen.

Die rechte Lunge gleichfalls gross, der untere Lappen an zwei Stellen verwachsen. Auf der Pleura zwischen mittlerem und oberen Lappen ein frischer pleuritischer Belag.

Der mittlere Lappen und die angrenzenden Partien des oberen teigig infiltrirt, luftleer, die übrige Lunge knisternd, ödematös, luft- und blutreich.

Digitized by Google

Der mittlere Lappen auf dem Durchschnitt splenisirt, in der vorderen Spitze kleine graue Heerdchen in ödematösem Gewebe. In der Mitte sind zwei fetzig begrenzte Höhlen von Kirschgrösse mit rothgrauem schmutzigen Brei gefüllt. Zu diesen führt je ein Bronchus, dessen Wand weit zerfallen und zerfetzt grau verfärbt ist. Jenseits dieser nekrotisirten Stelle setzen sich die Bronchien aber wieder mit glatter Wandung fort, nur wenig gleichmässig erweitert. Ebenso liegt in der splenisirten Stelle des Oberlappens eine nussgrosse Höhle, an der ein dicker Bronchus zerfetzt ist. Die Knorpelplättchen liegen als Sequester fast ganz frei. Auch hier setzt sich der Bronchus jenseits etwas erweitert fort.

Die Schleimhaut der grossen Bronchien derb, dick und geröthet. Die beiden Hauptbronchien gehen mit verengter Lichtung von der Trachea ab; der linke mit dem Lumen etwa eines Katheters, der rechte etwas weiter. Die Trachea ist sehr starr und seitlich abgeplattet. An der Bifurcationsstelle am Abgang des linken Bronchus eine strahlige leistenartig vorspringende Narbe. Im linken Bronchus eine und im rechten Bronchus zwei derbe strahlige Narben nahe bei einander. Die ganze Wandung beider sehr dick, derb und mit den umgebenden Weichtheilen fest und schwielig verwachsen. Nur eine mittlere Bronchialdrüsse rechterseits ist vergrössert, hyperämisch und rothgrau infiltrirt (gehört offenbar zur pneumonisch infiltrirten Partie).

Milz gross, sehr weich, dunkel roth.

Linke Niere mit reicher Fettkapsel umgeben, gross, auf der Oberfläche mit zahlreichen zackigen narbigen Einziehungen versehen. Letztere sind an der rechten Niere spärlicher. Im Uebrigen sind beide Nieren nicht weiter verändert.

Leber von entsprechender Grösse, auf dem Durchschnitt normal.

Im Magen und am Darmkanal nichts Abnormes.

Harnblase, Prostata, Samenblasen, Hoden unverändert.

An der Clavicula und der Tibia keine Verdickungen.

Rechter Arm und rechte Hand ödematös.

Das Frenulum praeputii durch eine Narbe ersetzt. Am Rande der Glans gleichfalls eine Narbe."

(Die mikroskopische Untersuchung konnte nicht vorgenommen werden.)

Wir sehen hier bei einem bis dahin gesunden, kräftigen Mann, von etwas unsteter Lebensweise, der geistig recht gut beanlagt und frei von erblicher Belastung für Geistesstörungen ist, eine constitutionelle Syphilis hartnäckigster und schwerer Natur nach zweimaliger Infection entstehen, an welche sich 3 resp. 4 Jahre hinterher zwei Gehirnapoplexien mit 2 monatlichem Zwischenraum anschliessen, deren letztere mit rechtsseitiger dauernder Hemiplegie und einer Einschränkung der geistigen Kräfte, einer geistigen und

Digitized by Google

körperlichen Verkommenheit einhergeht, die zeitweilig fast als Blödsinn erscheint. Unter wiederholten Schwankungen namentlich des geistigen Befindens, dessen Verschlimmerung vielfach mit erneuten starken Eruptionen syphilitischen Ausschlages am Kopfe einhergeht und durch längeren Gebrauch grösserer Gaben Jodkalium jedesmal gebessert und schliesslich wieder zum Schwinden gebracht wird, tritt allmählich fortschreitend eine grössere geistige Klarheit und Urtheilsfähigkeit bis zu dem Grade ein, dass Patient wieder halbwegs im Stande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen und sich mit einigem Interesse zu beschäftigen. Das Namengedächtniss bleibt defect. In seinen körperlichen Verrichtungen, wie Waschen, Ankleiden, Spazierengehen wird er von den Hülfeleistungen eines Dieners wieder unabhängig, aber die Lähmung der Extensoren und ein dadurch bedingtes Ueberwiegen der Flexoren der rechten Extremitäten bestimmt deren Stellung und beeinträchtigt ihre Function sehr für den feineren Gebrauch, namentlich der Hand, während gröbere Bewegungen von Arm und Bein mit einiger Einschränkung möglich werden. Unter diesen Umständen wird bei einer gewissen, aber natürlich erklärlichen Resignation auch die Gemüthsverfassung des Kranken eine freie und zufriedene. Diese Erscheinungen auf geistigem und körperlichen Gebiete theils unerklärt lassend, theils sie erklärend zeigt die Autopsie am Gehirn starke Verwachsung der Dura mit dem Schädeldach, eine auf dem Scheitel ausgebreitet verdickte Pia, eine Verschmälerung und Abflachung der Gyri und über der linken Fossa Sylvii, dieser Stelle entsprechend, in der Pia eine vollkommen obliterirte in einen weissen Strang umgewandelte Vene, eine ungewöhnliche Erweiterung des linken Seitenventrikels, namentlich im Vorderhorn mit hartem Ependym und Hydrocephalus internus, während der rechte Ventrikel diese Aenderungen in geringem Maasse darbietet. Ausserdem ist im linken Ventrikel eine Erweichung und Zerstörung des Corpus striatum nebst der aussen angrenzenden weissen Substanz, eine Verkleinerung des Thalamus opticus zu beobachten; ferner eine zu grosse Kleinheit des 3. Ventrikels. Es schliesst sich dann eine Verschmälerung und Abplattung des linken Hirnstieles an, welche Atrophie sich auf die linke Ponshälfte, die Medulla oblongata und insbesondere auf den linken Olivenkern fortsetzt. — Die Respirationsorgane zeigen viel festes indurirtes Gewebe und gewaltige Verdickung der Schleimhaut der

Digitized by Google

Bronchien mit Verengerung ihres Lumens und strahliger Narbenbildung, schwielige Verwachsung der beginnenden Bronchien mit den umgebenden Weichtheilen und den auffallend verhärteten Lymphdrüsen, im mittleren und einem Theile des oberen Lappens der rechten Lunge Splenisation und in beiden Lappen anscheinend aus Bronchiectasien hervorgegangene Höhlen, daneben frische entzündliche Erscheinungen an der Pleura zwischen mittlerem und oberem rechten Lungenlappen und in diesem selbst.

Während also in dem ersten Falle die gröberen motorischen Störungen sich bis auf einen geringen Rest fast vollständig wieder ausglichen und auch in späteren Jahren nicht fortschreitend sich verschlimmerten, die dauernden Ausfallerscheinungen aber auf geistigem Gebiete als erheblicher Schwachsinn mit Reizbarkeit das Krankheitsbild charakterisirten, bot der 2. Fall den umgekehrten Verlauf: die körperlichen gröberen Lähmungen blieben constant, wenn sie auch bis zu einiger Gebrauchsfähigkeit der betroffenen Glieder eine gewisse Rückbildung zeigten, auf geistigem Gebiete erwuchs aber nach Ueberwindung eines anfänglich an Schwachsinn erinnernden Stadiums von allseitiger tiefer Apathie eine ziemlich weitgehende Besserung. — Es entsteht nun die Frage, ob für diese beiden Krankheitsfälle die vorangegangene Syphilis das ätiologische Moment bildet. Im 1. Falle folgen nach einer syphilitischen Infection eine Reihe secundärer und tertiärer Erscheinungen, die durch specifische Mittel und Kuren nicht dauernd beseitigt werden, bis 10 Jahre nach der Ansteckung, im 34. Lebensjahre, die ersten Gehirnsymptome (Schwindel, Ohnmacht, Gedächtnissschwäche, Reizbarkeit) sich einstellen, welche nie ganz schwinden, vielmehr langsam zunehmen und dem Krankheitsbild den verderblichen Charakter aufdrücken. 11 Jahre nach der Infection erfolgt der erste und ein Vierteljahr später der 2. Schlaganfall mit den geschilderten Folgen. Das Fortbestehen und die stetige Wiederkehr der intensiveren syphilitischen Erscheinungen, trotz mehrfacher energischer Kuren, die Art ihres ersten Hervortretens von Seiten des Gehirns, das verhältnissmässig jugendliche Lebensalter, die wechselständige Lähmung (links Ptosis bei sonstiger rechtsseitiger Hemiplegie), die Abwesenheit jeder anderen Ursache bei dem bis zu seiner Infection kräftigen Manne, der chronische Verlauf des Gehirnleidens (15 Jahre), seine schliessliche Stabilität in den letzten 10—12 Lebensjahren

(gegenüber einer gewöhnlichen Dementia paralytica) lassen klinisch die Diagnose eines syphilitischen Gehirnleidens gerechtfertigt erscheinen. Specifische und eindeutige, circumscripte anatomische Veränderungen weist die Section nicht auf. Neben anderen Befunden findet sich an der Basis und der Convexität als Ausdruck der chronischen Meningitis neben rothen Auflagerungen eine grössere Derbheit und stellenweise eine Verdickung der Hirnhäute, Verwachsung der Dura mit dem Schädel, der im Allgemeinen stark und an umschriebenen Stellen auffallend stark verdickten und namentlich den Gefässen entlang getrübten Pia mit dem Gehirn und in flächenhafter Ausdehnung und wechselnder Intensität mit dem Rückenmark durch eine Schicht kernreichen Bindegewebes, welcher meningitische Process sich mit Wucherung des Zwischengewebes in das Rückenmark selbst fortsetzt und mit einer Verschmälerung der Nervenröhren und Degeneration der *Goll*'schen Stränge einhergeht. Wir sehen also hier den grössten Theil der Befunde vorhanden, vielleicht mit Ausnahme an den Gefässen selbst, wie sie *Greiff* (Archiv f. Psychiatrie Bd. 12 1882) in Uebereinstimmung mit *Julliard* (Etudes critiques sur les localisat. spin. de la syphilis 1879) als charakteristisch für die eigentlichen syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarks hinstellt: das Zusammenvorkommen von Entzündungsvorgängen an den Meningen, von exsudativen Processen an den Gefässen und ihren Scheiden und von Hyperplasie der Neuroglia nebst ihren Folgen für die nervösen Elemente (cf. *Eisenlohr*, Festschr. zur Eröffnung des allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf. 1889). Der Verlauf der Krankheit bestätigt zudem die Anschauung von *Jürgens*, dass wie bei den congenitalen Fällen von Rückenmarkssyphilis, dem auch *Siemerling* zustimmt (Arch f. Psych. Bd. 20 1888), mit aller Bestimmtheit, so auch in den wenigstens von ihm beobachteten 2 Fällen von Erwachsenen mit grösster Wahrscheinlichkeit die Kopfhöhle als Ausgangspunkt in Anspruch zu nehmen sei. (Charité-Ann. Bd. 10. 1885.) Bemerkenswerth ist das Fehlen einer umgrenzten Heerderkrankung im Gehirn nach der zweimaligen Apoplexie mit der nachgebliebenen Lähmung resp. längeren Parese der rechten Extremitäten, während die dauernde Sprachstörung in der Atrophie der betreffenden Hirnwindungen eine genügende Erklärung finden dürfte. In dem 2. Falle sind die bald sich einstellenden luetischen constitutionellen Erscheinungen

ungewöhnlich intensiv und hartnäckig, allen therapeutischen Eingriffen trotzend. 3 resp. 4 Jahre nach der Infection erleidet Patient, bis vor derselben ein Bild von Gesundheit und kräftigem Körperbau, 48 Jahre alt, im Zwischenraum von einem Monat, unerwartet zwei Apoplexien mit Verlust des Bewusstseins, Sprachstörung und Lähmung der ganzen rechten Körperseite, Schwächung des Gedächtnisses und der Urtheilskraft. Diese geistige Unzulänglichkeit verliert sich unter wiederholter antisyphilitischer Behandlung mit Schwankungen und zeitweiliger Wiederverschlimmerung, also unter einem Verlauf in Schüben mehr und mehr, wobei Patient fast stets die grössere Freiheit des Kopfes, das Nachlassen des linksseitigen Kopfschmerzes und die Wiederkehr vermehrter geistiger Regsamkeit, wann ein periodisch ausgesetzter, erneuter Gebrauch von Jodkalium einige Zeit fortgesetzt worden, nach seinem subjectiven Gefühl besonders hervorhebt. Dazu kommt die heilende Wirkung der Quecksilbersalbe gegen die verschiedenen vor und nach auftretenden Ausschlagsformen. Irgend eine andere Ursache, als die frühere und noch bestehende Syphilis oder eine Krankheitsanlage ist zudem nicht zu finden. Klinisch dürfte man daher mit gutem Grunde ein ursächliches Verhältniss zwischen Lues und Gehirnerkrankung als bestehend annehmen. Die Section ergiebt nach dieser Richtung hin eine feste Verwachsung der Dura mit dem Schädel, Verdickung der Pia auf der Convexität, über der linken Fossa Sylvii eine vollkommen obliterirte Vene in der Pia, ganz ungewöhnliche Weite des linken Seitenventrikels und Starrheit des Ependyms in demselben, Verkleinerung der Thal. opt., Erweichung und fast Defect des Corp. striat. links mit Fortsetzung der dadurch bedingten Atrophie auf den linken Hirnstiel, die linke Ponshälfte und die Med. obl. Solche anatomische Veränderungen sind bei notorischer Gehirnsyphilis ein bekannter Befund, kommen aber auch theilweise, vielleicht kaum je in ihrer Gesammtheit, ohne diese specifische Grundlage vor; sie können daher an und für sich allein nicht als pathognomonisch gelten, sprechen aber in Verbindung mit den so vielfältigen und intensiven unzweifelhaft luetischen Erscheinungen im Leben (zu welchen auch die Narbenbildungen in den Bronchien zu zählen sind) kaum widerlegbar in diesem Falle für einen solchen causalen Zusammenhang.

Da man nun in dem letzten Jahrzehnt den post-syphilitischen

zed by Google

Erkrankungen des Nervensystems überhaupt im Anschluss an die dahin gerichteten Forschungen ein weiteres Feld einräumen zu müssen glaubt, als dies vorher zu geschehen pflegte, und man bei genauen ätiologischen Untersuchungen in der Anamnese häufiger auf eine vorangegangene Syphilis stösst, so schien es mir bei der Erweiterung unserer Kenntniss der als specifisch zu deutenden klinischen Symptome und anatomischen Befunde vielleicht lohnend, in einer grösseren Reihe von Fällen geistiger Erkrankungen wieder einmal nachzuforschen, ob etwa einer vorangegangenen syphilitischen Infection eine ätiologische Bedeutung in denselben zukomme.

Abgesehen von den Paralytikern konnte man ausser in den beiden vorher näher beschriebenen Fällen noch in 12 andern, also in 14 von den früher angeführten 32, die Geistesstörung mit der früheren Syphilis theils der Zeit nach, theils wegen noch vorhandener oder in Intervallen wiederkehrender luetischer Erscheinungen cerebralen Charakters in unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang bringen. Alle hatten mit Ausnahme Eines die syphilitische Infection zugestanden, und Alle, auch der Eine, hatten specifische Kuren gebraucht, und bei dem Einen rechtfertigte die spätere Section die frühere Diagnose. Bei dreien erfolgte der Ausbruch resp. eine erhebliche Verschlimmerung der geistigen Störung während einer specifischen Kur; bei dem Einen während einer *Zittmann*schen Kur als Melancholie mit lebhaftem Selbstmordtrieb (subjectiv motivirt aus Skrupel wegen seines unmoralischen Lebenswandels), die allmählich in secundäre Verrücktheit überging. Tuberculose der Lungen mit starken Blutungen setzten nach Jahren dem noch jungen Leben ein frühzeitiges Ziel. Der zweite, bereits 3mal inficirt und specifisch behandelt, geistig schwach begabt, schon vorher zeitweilig an Verfolgungsideen und Gehörshallucinationen leidend, erfuhr während der 4. Schmierkur im Hospitale eine weitere Verschlimmerung, die seine Aufnahme in die Irrenanstalt veranlasste. Hier stellte sich sein Zustand als Schwachsinn mit zeitweiliger Exaltation dar, der wegen grosser Unstetigkeit und geistiger Zerfahrenheit eine regelmässige nützliche Beschäftigung des Patienten nicht gestattete. Bei zwei Andern ging mit dem Beginn der geistigen Störung in jugendlichem Alter nach verschiedenen constitutionellen Leiden luetischer Natur ein starkes Ausfallen der Haare einher mit dauernder Kahlköpfigkeit. Zwei Andern und als dritter

noch der zu allererst Genannte dieser Kategorie, hatten nach der Infection und späteren specifischen Behandlung dauernd eine einseitige Parese eines Theiles des Facialis, dadurch Verziehen des Mundes nach der entgegengesetzten Seite und zeitweilige fibrilläre Zuckungen in den Gesichtsmuskeln zurückbehalten und der Eine derselben neben der paretischen linken Gesichtshälfte eine plötzlich entstandene erhebliche Erweiterung der linken Pupille, während die rechte engere starr für Lichteindrücke und Accomodationsimpulse sich erwies. Der 7. dieser Gruppe war mit rechtsseitiger Ptosis und Erweiterung der rechten Pupille behaftet. Der 8. erkrankte, als dritter während einer specifischen Kur, an Melancholie mit Selbstmordtrieb, genas aber in der Anstalt vollständig; er hatte vorher kürzer oder länger an wechselnder Lähmung des linken Nervus facialis, abducens, Parese des linken Beines und häufigem Kopfschmerz gelitten, während links das Kniephänomen dauernd fehlte. Der Eine, welcher eine syphilitische Infection leugnete, hatte von Vater und Mutter als trauriges Erbtheil eine Anlage zu Gehirnerkrankung mitbekommen, er selbst überstand mehrmals sonst unveranlasste Lähmungen der Extremitäten, gegen welche Inunctionskuren mit Ung. hydrargyr. einer. sich jedesmal heilsam erwiesen und die spätere Autopsie ergab eine atheromatöse mit kalkigen Einlagerungen versehene Entartung der Blutgefässe des Gehirns, so dass sie theilweise das Ansehen knochenartiger Ringe gewannen. Cysten und Narben, kleinere und grössere, zeigte das Gehirn in Menge. Bei dreien (darunter ein schon vorher genannter) bestand noch ein an Ozaena erinnernder Nasenausfluss und mehrfach wiederkehrende Rachenbeschwerden und bei Einem von diesen erfolgte der Ausbruch der Geisteskrankheit in unmittelbarem Anschluss an eine Iritis sinistra, deren specifische Natur erst durch gleichzeitiges Rupiaexanthem erkannt und dann durch eine Inunctionskur beseitigt wurde. Rhagaden am rechten Mundwinkel, ein Tophus auf dem linken Scheitelbein, wechselnde Migräne, periodisch exacerbirende linksseitige Ptosis während der Geisteskrankheit befestigten die Annahme der luetischen Ursache. Bei dem letzten dieser Kategorie hatte sich seit 4 Jahren eine langsam fortschreitende Atrophie der Nerv. optic. bis zu gänzlicher Erblindung eingestellt, welche auf eine vor 10 Jahren (6 Jahre vor Beginn der Sehnervenaffection) stattgefundene syphilitische Infection mit spä-

teren secundären Erscheinungen zurückgeführt wurde. Ob Fortsetzung des kranken Processes auf's Gehirn, ob Verzweiflung über den ihm nicht unbekannten vermutheten Ursprung seines Leidens und dessen Trostlosigkeit oder beide Factoren zusammen eine Melancholie mit Selbstmordtrieb zeitigten, liess sich nicht entscheiden, zumal er selbst, aus ökonomischen Rücksichten und auf seinen Wunsch nach Hause zurückgekehrt, seinem Leben bald ein Ziel setzte. — Bei den übrigen 18 liess sich nach den mir zugekommenen Nachrichten und meinen besonders auf diesen Punkt gerichteten Nachfragen ein Zusammenhang zwischen der Geisteskrankheit und der vorangegangenen feststehenden ein- oder mehrmaligen syphilitischen Infection nicht nachweisen, indem vor Allem nachträgliche somatische Erscheinungen von Seiten des Gehirns fehlten, ausserdem entweder die freie Zeit zwischen den letzten syphilitischen nicht-cerebralen Nachkrankheiten und der Psychose zu lang war, wenn auch deren früheres Bestehen als körperlich-nervöse Symptome auf die Möglichkeit eines Zusammenhanges hinzuweisen schienen, oder indem andere Momente in der Aetiologie der späteren geistigen Erkrankung sich mehr in den Vordergrund drängten.

Als solche führe ich an: ausgesprochene, in einem Falle doppelte, erbliche Belastung in 4 Fällen und zwar nur von der Mutter Seite her, geistesschwache Veranlagung von Haus aus in 2, Missbrauch geistiger Getränke (selbst bis zum Alcoholismus) in 6, Shok-Wirkung in 1, Schädelverletzung in 2, Excesse in Venere in 4 und Ueberarbeitung in 2 Fällen oder mehrere dieser Factoren zusammen. Nach den Krankheitsformen litten nun, wenn wir diejenigen, bei welchen die Syphilis ätiologisch für die Geistesstörung vorwiegend verantwortlich gemacht werden durfte, von denjenigen trennen, bei welchen dies trotz früherer Syphilis in dem Vorleben nicht gerechtfertigt erschien:

an Melancholie	5	resp.	6
an Verrücktheit	4	-	5
an Schwachsinn	5	-	6
an epileptischer Geistesstörung	0	-	1
Sa.	14	Sa.	18
Von diesen sind genesen	2	resp.	3
- - - gebessert	2	-	5
- - - ungeheilt	10	-	10

Digitized by Google

Hiernach zeigt also ein bestimmteres Hervortreten der Syphilis einen ungünstigen Einfluss auf die Kurresultate, wenn auch in geringem Maasse.

Von den Genesenen, die alle zur Melancholie zählten, war 1 Jurist, 1 Maler, 1 Gutsbesitzer, 2 Kaufleute.

Einer der beiden letzteren starb apoplectisch 10 Monate nach seiner Rückkehr nach Hause, nachdem er in seinem grossen Fabrikgeschäfte offenbar von Neuem sich überanstrengt hatte; die übrigen Vier blieben dauernd gesund und leistungsfähig. Von den 3 Andern der ersten Kategorie unter den Melancholischen, die nicht als genesen bezeichnet werden konnten, besserte sich einer in den intensiven äusseren Krankheitskundgebungen, neigte aber zu hypochondrischer Verrücktheit mit ungünstiger Prognose und kam aus ökonomischen Rücksichten in eine öffentliche Irrenanstalt, der zweite verfiel allmählich in Schwachsinn, und der dritte nahm sich, wie oben bereits bemerkt, zu Hause bald das Leben. Drei von der 2. Kategorie der (6) Melancholien befinden sich unter den Genesenen; von der 2. Hälfte derselben erlangte Einer einen solchen Grad von Besserung, dass er, trotzdem er in Folge der bei ihm mit seiner Melancholie gepaarten periodischen Trunksucht nach ein paar Jahren ein Rediciv in erstere erlitt, nun schon seit einer Reihe von Jahren als Landwirth unter halbwegs selbstständigen Verhältnissen eine nützliche Thätigkeit entfaltet. Der 2. dieser Gruppe, im ersten Krankheitsanfall exaltirt, zu alkoholischen Excessen mit lärmendem Auftreten geneigt, kam in bald folgendem Recidiv als schwer melancholischer Mann in die Anstalt zurück, um an chronischer Nahrungsverweigerung zu Grunde zu gehen, und der letzte derselben, ein 24jähriger, genas nach 7monatlicher Anstaltsbehandlung von schwerer Melancholie mit Wahnvorstellungen, erlitt aber 3 Monate nach seiner Entlassung offenbar ein in seiner Familie nicht genügend gewürdigtes Recidiv, in welchem er unerwartet Hand an sich selbst legte. Von den Verrückten der ersten Kategorie ward Einer, ein 58jähriger, so weit gebessert, dass er ziemlich thätig sich zu Hause noch einige Jahre der Verwaltung seines Vermögens widmen konnte und später an Darmblutungen starb. Zwei andere Verrückte der 2. Kategorie besserten sich und konnten aus der Anstalt entlassen werden, mussten aber später wieder einer Anstalt übergeben werden. Ebenso ging es einem Schwachsinnigen

zed by Google

derselben Rubrik, während ein anderer Schwachsinniggr mit früheren heftigen Aufregungszuständen seit Jahren ohne grössere Störung im väterlichen Geschäfte mechanische Schreibarbeiten zu verrichten im Stande ist. Die angeführte Epilepsie, der sich erst später die Geistesstörung anschloss, brach etwa 7 Jahre nach der syphilitischen Infection aus und wurde hervorgerufen durch Schreck beim Zusammenstoss zweier Dampfboote auf offener See, auf deren einem sich Patient befand. —

Demnach genasen von Denen (14), bei welchen man der Syphilis ätiologisch eine Schuld für das Entstehen der Geistesstörung aufbürden dürfte, 2, von Denen (18), bei welchen dieser Zusammenhang nicht begründet nachgewiesen werden konnte, 3; von jeder dieser beiden Kategorien wurde ausserdem je einer bis zu einer mehr oder weniger selbstständigen Arbeitsleistung gebessert; also von diesen 32 ergaben 7 ein dauerndes günstiges Behandlungsresultat d. i. $21^{7}/_{15}$ pCt., während die übrigen 25 unfähig blieben für ihren Lebensunterhalt zu sorgen und, sofern sie kein eigenes Vermögen besassen, für immer von ihrer Familie unterhalten werden mussten, nur dass 2 von ihnen bald zu Hause sich das Leben nahmen. Ziehen wir aber nur die entschieden Genesenen (5) in Rechnung, so betrüge hier der ev. Procentsatz (5 : 32) nur **$15^{5}/_{8}$ pCt.** Heilungen, während von den anderen 248 Kranken (inclusive der nicht syphilitischen Paralytiker), die nie eine syphilitische Infection sich zugezogen hatten, ehe eine Geistesstörung bei ihnen zu Tage trat, bei 195 d. i. bei $78^{39}/_{62}$ pCt. ein Kurresultat mit Besserung erzielt wurde, während 77 von diesen d. i. $31^{2}/_{62}$ pCt. ihre geistige Gesundheit wieder erlangten. Lassen wir aber für diese letzte Berechnung die 70 Paralytiker überhaupt ausser Betracht, so dass ausser diesen 70 noch die 32 Syphilitischen, aber anderweitig geistig, nicht paralytisch, Erkrankten, also 102 von der Gesammtsumme unserer 320 kranken Männer abgezogen werden, dann gingen von den übrigen 218 Fällen 77 d. i. **$35^{35}/_{109}$ pCt.** in ausgesprochene Genesung über. Da drängt sich von selbst die Frage vor, wodurch ist dieser grosse Unterschied von 15 pCt. : 31 pCt. oder gar (und zwar richtiger berechnet) von **15 pCt. : 35 pCt.** zwischen syphilitisch Gewesenen und nicht syphilitisch Gewesenen für den unheilvolleren oder günstigeren Ausgang der späteren Geisteskrankheit zu erklären? Die vergleichsweise kleine Zahl von

Digitized by Google

Syphilitikern, die mir gegenüber den Andern zu Gebote steht, mag vielleicht einigermaassen zu der Ungunst für dieselben mit in die Waagschaale fallen, aber durch dieses Moment allein kann diese Differenz nicht getilgt werden. Während für den schliesslichen Ausgang der allgemeinen Paralyse der Nachweis früherer Syphilis mit specifischer Behandlung bis jetzt, mit einzelnen Ausnahmen, keine Bedeutung erlangt hat, stehen wir in dieser Frage, nach obiger Zusammenstellung vor einer bemerkenswerthen Eigenthümlichkeit in dem schliesslichen Verlauf der übrigen, vorwiegend einfachen Seelenstörungen, wenn weitere Nachforschungen an reichlicherem Material zu einem gleichen oder ähnlichen Ergebniss führen.

Das Alter der 14 mit ätiologisch anzuschuldigender Syphilis bewegt sich zwischen 23 und 58 Jahren und zwar war

1		23 Jahre			
6	zwischen	30	und	40	Jahren
4	-	40	-	50	-
3	-	50	-	60	-

Unverheirathet von ihnen waren 8, verheirathet 6; von diesen hatten 1 kein Kind, 1 1 Kind, 2 2, 1 3, 1 4 Kinder.

Alle, nur bei Einem blieb dies halbwegs ungewiss, hatten eine, einer selbst 4mal eine Inunctionskur mit Unguent. hydrargyr. ciner. gebraucht, zwei erst sehr spät nach der Infection. Drei erkrankten psychisch, resp. verschlimmerten sich während der specifischen Kur. — Die Zwischenzeit zwischen syphilitischer Ansteckung und Ausbruch der Psychose betrug 6 Wochen bis 18 Jahre und zwar 2mal etwa 6 Wochen (bei einem von diesen handelt es sich um die 4. Infection), 1mal 2 Jahre (die letzte von mehreren Infectionen), 1mal 3—4 Jahre (die letzte von mehreren Infectionen), 1mal 4—5 Jahre, 1mal 8 Jahre, 2mal 10 Jahre, 1 mal 16 Jahre, 1mal 18 Jahre.

Bei Vieren war ein genauer Zeitpunkt nicht zu bestimmen. Bei den 18 anderen Patienten, bei welchen der Nachweis eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen Psychose und Syphilis sich nicht erbringen liess, gestalteten sich die vorerwähnten Verhältnisse, wie folgt.

Ihr Alter schwankt zwischen 23 und 61 Jahren, und zwar bei 6 zwischen 20 und 30 Jahren, bei 4 zwischen 30 und 40 Jahren,

zed by Google

bei 2 zwischen 40 und 50 Jahren, bei 5 zwischen 50 und 60Jahren und bei 1 betrug es 61 Jahre.

Unverheirathet waren 14, verheirathet 4; von diesen letzteren hatten zwei 2 und zwei 3 Kinder. Bei dreien war keine Gewissheit zu erlangen, ob eine specifische Behandlung stattgefunden hatte, bei zweien war die Cur mangelhaft inne gehalten worden, bei 13 hatte eine gründliche Inunctionscur und hinterher Gebrauch von Jodkalium Platz gegriffen. Die Zwischenzeit zwischen syphilitischer Infection und geistiger Erkrankung erstreckte sich von 5 Monaten bis zu 37 Jahren. Dreimal war dieser freie Zwischenraum nicht zu bestimmen, in 1 Falle betrug er 5 Monate, in 1 Falle 1 Jahr, in 3 Fällen 2 Jahre, in 1 Falle 4, in 2 Fällen 5, in 1 Fall 6, in 2 Fällen 7, in 1 Fall 18, in 1 Falle 27, in 1 Falle 33, und in 1 Falle 37 Jahre. Das Alter der beiden Kategorien, welche von einander zu sondern ich mir angelegen sein liess, bot keine Verschiedenheit von Bedeutung, wenn auch das jüngste und letzte Jahrzehnt bei der zweiten stärker vertreten ist. In beiden Kategorien überwiegen die Unverheiratheten; diese zusammengerechnet betrugen 22 gegen 10 Verheirathete: ein Verhältniss, wie es ähnlich wohl unter der geistig gesunden männlichen Bevölkerung bezüglich der Syphilis bestehen mag. Aus beiden Lagern hatten je 13 nachweislich ordentliche specifische Curen durchgemacht, aber trotzdem waren bei den Kranken der ersten Gattung die syphilitischen Gehirnerscheinungen nicht dauernd getilgt worden, während bei der zweiten solche später wenigstens nicht mehr nachzuweisen gewesen waren. Bei dieser dehnten sich die Zwischenräume zwischen der syphilitischen Infection und der Psychose durchgehends weit länger aus; aber auch wo diese Intervalle kürzer waren, hatten sich entweder überhaupt keine oder doch seit langem keine secundären oder tertiären Symptome gezeigt, vor allem aber niemals Hirnerscheinungen. In der ersten Kategorie dagegen waren stets gerade diese letzteren auch bei einem psychisch gesunden Intervall von 10, 16 und 18 Jahren nicht ganz geschwunden oder nach Pausen wiedergekehrt und machten sich noch geltend unmittelbar vor oder während der geistigen Störung. Wir finden also bei den syphilitisch gewesenen Geisteskranken verschiedene der bekannten Krankheitsformen vor. Mir ist es nicht gelungen, eine eigentliche sogenannte luetische Psychose, d. h. eine solche mit eigenartigen

Digitized by Google

Symptomen, besonders ausgesprochenem Verlaufe und mit günstiger Reaction auf specifische Behandlung zu erkennen. Die bei der so erheblich überwiegenden Mehrzahl angestellten gründlichen antiluetischen Behandlungsmethoden haben die psychische Erkrankung nicht verhütet; ob sie dieselbe verzögert haben, lässt sich nicht feststellen. Das ungünstige Heilungsresultat der syphilitisch Gewesenen unter meinen Kranken im Vergleich zu den nicht-syphilitisch Gewesenen (15 pCt. : 35 pCt.) könnte der Anschauung von der post-syphilitischen Degeneration des Centralnervensystems (*Strümpell*) gegenüber der syphilitischen Neubildung in demselben eine neue Stütze bieten. Worin diese erstere besteht, dies klar zu stellen, wird der langsam, aber sicher fortschreitenden Forschung hoffentlich auch noch einst gelingen.

Wenn ich in meinen Mittheilungen auf die bezüglichen ursächlichen Verhältnisse bei der allgemeinen fortschreitenden Paralyse nicht näher eingegangen bin, so mag dies seine Erklärung theils darin finden, dass ich über die Bedeutung der Syphilis unter den Ursachen der Paralyse, abgesehen von früheren thatsächlichen Nachweisen, noch in der Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 9. Novbr. 1889 (cf. Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. 46 S. 686. 1889 u. 1890) meine Beobachtungen mitgetheilt habe, theils weil in dem letzten Jahrzehnt so ungewöhnlich zahlreiche Arbeiten über diesen Punkt erschienen sind. Zudem bedarf die Aetiologie der allgemeinen Paralyse wohl einer besonderen Bearbeitung.

Für die Litteratur des Gegenstandes verweise ich auf:

Virchow, Die krankhaften Geschwülste. 1863.

Virchow, Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen. 1859.

Wille, Die syphilitischen Psychosen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. Bd. 28 S. 502 u. Bd. 32 S. 42. 1875.

Braus, Die Hirnsyphilis. 1873.

Braus, Die Prognose der Gehirnsyphilis. 1886.

Heubner, Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien. 1874.

Heubner, Die Syphilis des Gehirns und des übrigen Nervensystems in *Ziemssen* Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.

Schultze, Ueber die Beziehungen der Myelitis zur Syphilis. Arch. f. Psychiatrie Bd. 8 S. 222.

Mauss..., Die tertiäre Syphilis, Gehirnleiden, Geisteskrankheiten etc. 1877.

...zed by Google

Erlenmeyer, Die luetischen Psychosen. 1877.

Juillard, Etudes critiques sur les localisations spinales de la syphilis. Paris 1879.

Kieping, Ueber die Beziehungen der Syphilis zu den Geisteskrankheiten mit und ohne Lähmungen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 37. 1880 81.

Cunninghaus, Fall von chronischer schwartenbildender Leptomeningitis syphilitica. Arch. f. Psych. Bd. 10 S. 282. 1880.

Rinecker, Rückenmark und Syphilis. Festschrift der III. Säcularfeier der Alma Julia Maximiliana. Leipzig 1882 und Arch. f. Psych. Bd. 13 S. 721 u. 722. 1882.

Greiff, Ueber Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psych. Bd. 12 S. 564. 1882.

Veronese, Syphilis als ätiologisches Moment bei Erkrankungen des Nervensystems. Wiener Klinik 1883. Heft 9.

Jürgens, Ueber Syphilis des Rückenmarks u. s. w. Häute. Charité-Annalen Bd. 10. 1885.

Gerhardt, Ueber Hirnsyphilis. Berl. klin. Wochenschr. 1886 No. 1.

Rosenthal, Ueber Hirnsyphilis und deren Localisation. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1886. Bd. 38.

Rumpf, Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems 1887. u. Ueber Gehirn- und Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psych. Bd. 16 S. 410. 1885 u. Bd. 19 S. 283. 1888.

Goldstein u. *Mayer*, In „Aachen als Kurort". 1889.

Buttersack, Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Centralnervensystems. Arch. f. Psych. Bd. 17 S. 603.

Naunyn, Die Prognose der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Arch. f. Psych. Bd. 20 S. 570. 1889.

Strümpell, Ueber die Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes. Neurol. Ctrbl. 1889 S. 547 und Münchener med. Wochenschr. 1890 No. 39.

Eisenlohr, Festschrift zur Eröffnung des allgem. Krankenhauses Hamburg-Eppendorf 1889 und Neurol. Ctrbl. 1884 No. 4.

Oppenheim, Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. Berl. klin. Wchschr. 1889 No. 48 u. 49. Auch selbstständige Schrift erschienen 1890.

Siemerling, Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. Arch. f. Psych. Bd. 20.

Siemerling, Zur Syphilis des Centralnervensystems. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 22.

Ueber einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung.

Von

Dr. Kuhnen-Pfullingen.

Wenn auch unter den vielfachen anamnestischen und ätiologischen Daten, welche uns bei der Aufnahme von psychisch Kranken übermittelt werden, die Angaben relativ selten sind, welche sich auf eine Ansteckung eines bis dahin völlig gesunden Individuums durch ein geistig Erkranktes beziehen, so finde ich doch in der mir, dank dem liebenswürdigen Entgegenkommen meines Herrn Chefs, zur Verfügung stehenden Literatur eine so stattliche Reihe derartiger Erkrankungsfälle meist eingehend geschildert, auch die Prognose derselben fast ausnahmslos als eine günstige bezeichnet, dass es mir gewagt erscheinen möchte, der hochansehnlichen Versammlung Aufmerksamkeit durch die Mittheilung eines weiteren solchen Falles in Anspruch zu nehmen. Doch glaube ich durch die Entstehung desselben, wie durch seinen Verlauf und die zu völliger Genesung führende Behandlung zu kurzer Schilderung unter möglichst gedrängter, doch erschöpfender Zugrundelegung des bisher Veröffentlichten berechtigt zu sein. — Ich darf gleich zu Beginn schon anführen, dass es für den in Rede stehenden Vorgang sogar noch an einer einheitlichen Bezeichnung fehlt. Die Denominationen: psychische Ansteckung, psychische Contagion, psychische Infection, inducirtes Irresein, Folie à Deux, Folie imposée, Folie communiquée tauchen da auf, welche letztere allerdings darauf hinweisen, dass die von französischen Aerzten geschilderten Fälle sich meist auf Psychosen beziehen, welche durch ihren Inhalt

Digitized by Google

(Wahnideen und Hallucinationen) ansteckend wirken; von deutschen Aerzten wird dagegen angegeben, dass von den angesteckten Kranken die meisten schweren Erregungszuständen verfallen, wie sie eben bei der Manie und Melancholie vorkommen. Die ersteren Namen beziehen sich sowohl auf die sporadischen Fälle psychischer Ansteckung, wie auf die psychischen Epidemieen — zur Bezeichnung letzterer lese ich auch einmal „epidemischer Unsinn" —, doch kommen dieselben immer weniger in Betracht, wenn sie auch noch so lange vorkommen können, als Aberglauben und Unwissenheit in der Welt eine Rolle spielen, und als es Fanatiker giebt, die religiöse Erregtheit, welcher sich meist sexuelle hinzugesellt, zu ihren naturwidrigen Zwecken ausnützen. —

So wenig Einigkeit, was den Namen betrifft, herrscht, so wenig ist ein endgültiger Entscheid getroffen bezüglich des Modus der Uebertragung psychischer Erkrankungen von einem Individuum auf ein zweites oder auf mehrere, ja sogar die Ansichten über die Existenz einer psychischen Ansteckung stehen sich noch widersprechend gegenüber. — In einem in der allgem. Ztschr. f. Psych. 44. Bd. 1888 erschienenen Aufsatze „Ueber die sogenannte psychische Contagion" sagt Dr. *Werner*: Die Thatsache, dass eine Psychose einen schädlichen Einfluss auf die Umgebung ausübt, ist in der neueren Zeit des Oefteren erwähnt, im Allgemeinen aber einer verschiedenen Beurtheilung unterzogen worden. Man hat in der That von einer wirklichen, psychischen Ansteckung, von einer psychischen Contagion gelehrt und an einer Reihe von Fällen diese merkwürdige Beobachtung nachgewiesen. Man beachte diese Ansteckungen in Verbindung mit gewissen nervösen Vorgängen (Lachen, Gähnen) und mit Neurosen (Hysterie, Chorea, Epilepsie), die, wie ja das sich täglich zeigt, von einem Individuum auf das andere übertragen werden können. Dass von einem psychischen Gifte nicht die Rede sein kann, darüber ist man sich wohl völlig klar, mag auch das gewöhnliche Volk nach wie vor daran festhalten; immerhin aber wird der Entwickelung dieser Krankheiten im Anschlusse an eine andere Psychose und in Folge dieser Psychose ein zu gewichtiges ätiologisches Moment zugewiesen. *Werner* also nimmt an, dass die Psychose des Einen nicht als das vorzüglich ursächliche Moment zur Psychose eines Andern, sondern nur Gelegenheitsursache sein kann und somit eine ähnliche Wirkung hat, wie

Digitized by Google

beispielsweise ein plötzlicher Schreck, wie Kummer und Sorge. Er führt dann eine Reihe von Fällen nur deutscher Beobachter an und entnimmt denselben, dass die Secundär-Erkrankungen öfters Personen betreffen, die zu den Primär-Erkrankten in blutsverwandtschaftlichem Verhältniss stehen, dass in einigen dieser Fälle auch bereits bei den Secundär-Erkrankten ein oder mehrere Mal Geistesstörung aufgetreten und deshalb der geringste Anstoss genügt hätte, um ein reizbares, zu Psychosen disponirtes Gehirn aus dem Geleise normaler Functionen zu bringen; jeder andere, etwas vom gewöhnlichen Leben abweichende Vorgang würde gewiss dieselbe Reaction ausgeübt haben. Weiter führte er Fälle an, in denen die hereditäre Belastung, als solche, als hauptgravirender Punkt in die ätiologische Wagschale fiel.

Er gelangt denn demnach zu den Schlüssen, dass in der erblichen Anlage des Secundär-Erkrankten zumeist die Hauptursache zur geistigen Erkrankung eines Individuums zu suchen ist. Die Psychose der Primär-Erkrankten giebt denn nur den occasionellen Anstoss. — Ist aber keine Erblichkeit nachweisbar, so betrifft es schwächliche Individuen, vorzüglich Frauen, die in Folge aufreibender Pflege und Sorge schliesslich zusammenbrechen; ein gesunder Mensch aber, mit einem rüstigen Gehirn, wird stets intact bleiben. Und für letztere Behauptung führt er als beweisend die Thatsache an, dass diejenigen Personen, die am meisten und fast ununterbrochen mit Geisteskranken verkehren, das Wartpersonal in Irrenanstalten, so unendlich wenig von einer Psychose befallen werden; dass es in den diesbezüglich schon (unter anderen von *Graf*, Ztschr. f. Psych. 43. Bd. 1887) angeführten Fällen eben auch Leute betrifft, die entweder geistig etwas abnorm oder erblich belastet sind. *Graf* hingegen kommt nach eingehender Schilderung von drei Fällen unter dem männlichen Wartpersonal und der Mittheilung, dass die Frauenabtheilung unter 378 Pflegerinnen 6—7 Fälle von eingetretener Geistesstörung aufwies, zu dem Schlusse, dass die Ansteckungsgefahr in mancherlei Gestalt das Pflegepersonal bedroht und bekennt sich zu dem Ausspruche *von Krafft-Ebing*'s, dass für prädisponirte Gemüther der Anstaltsdienst sein Bedenkliches hat. —

In unserem Fall handelt es sich um eine Wärterin, die bei ihrer Aufnahme in die Anstalt durchaus nicht geistig abnorm war, bei der sich

Digitized by Google

hereditäre Belastung absolut nicht nachweisen liess, die sich für ihr Alter (sie war 17 Jahre alt) körperlich sehr gut entwickelt, geistig zwar nicht hervorragend begabt, doch mit den in der Dorfschule zu erlangenden Kenntnissen ausgestattet erwies. Ausser den Masern, die leicht verliefen, hatte sie keinerlei Erkrankung durchzumachen, hatte nie eine Kopfverletzung erlitten, nie Krämpfe gehabt, sie wies keine Degenerationszeichen auf, keine Sensibilitäts- noch Motilitätsstörungen: die Sinnesorgane functionirten normal, die vegetativen Functionen, auch die Menstruation waren in Ordnung. In ihrem ganzen Verhalten war sie ein bescheidenes, williges, fleissiges, ziemlich stilles Mädchen, in gleichmässiger Stimmung, selbstlos, theilnehmend, ja opferfreudig gegen die ihr anvertrauten Kranken, dem männlichen Wartpersonal gegenüber sogar auffallend vornehm reservirt, ja abweisend; in ihrem Dienste zuverlässig, von Jedermann wohlgelitten. — Leider aber hatte sie in ihrer Kindheit und frühen Jugend unter sehr misslichen Verhältnissen im mütterlichen Hause viel zu leiden: sie erhielt dort eine höchst mangelhafte Erziehung, die mehr als viel zu wünschen übrig liess: die Mutter kümmerte sich kaum um ihr Kind, im Gegentheil, je grösser es wurde, desto mehr stand ihr dasselbe im Wege; denn diese Frau führte einen jämmerlichen, sehr unsoliden Lebenswandel, welcher besonders auf das heranwachsende, geschlechtsreife Kind äusserst verderblich wirken musste. Im Speicher oder sonst einem abgelegenen Raum war sie meist untergebracht, von der Grossmutter wurde sie behütet und nach deren primitiven Anschauungen gross gezogen. Bei solch' precären Zuständen, bei einer so rohen, gemüthlosen Mutter war es begreiflich, dass die Tochter es nicht lange aushalten konnte, dass sie mit Aufgebot aller Kräfte darnach strebte, sich ihren Lebensunterhalt in irgend einem Dienste selbst zu verdienen. Viel hatte sie nicht gelernt, durfte keine besonderen Ansprüche machen, war aller Mittel baar. Sie hatte erfahren, dass aus einem benachbarten Dorfe schon einige Mädchen in unserer Anstalt beschäftigt waren, und wir kamen ihrem Wunsch, das geschändete mütterliche Haus zu verlassen, entgegen und nahmen sie als Wärterin auf. Ueberaus scheu und furchtsam, auch, wohl in Folge der düstern Eindrücke, die sie zu Hause empfangen, sehr empfindsam, ohne erhebliches Selbstvertrauen, zaghaft trat sie ihre Stelle an; zu ihren oben erwähnten guten Eigenschaften gesellte sich eine recht rege Begierde zu lernen, sich nützlich zu machen, sie war emstellig und es ging Alles gut. Doch war ihr stets eine gewisse Besorgniss anzumerken, ob sie wohl auch ihre Schuldigkeit in erwartetem Maasse thue, und kam einmal ein kleines Versehen, eine, wenn auch nichts weniger als verhängnissvolle, Ungeschicklichkeit vor, dann bemächtigte sich ihrer ein zunehmendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit, sie bedurfte dann, um Arbeitsfreude, Vertrauen zu sich selber und Vertrauen zu ihren Vorgesetzten nicht zu verlieren der entschiedenen, aufmunternden Zurede seitens der Oberwärterin und der Aerzte. — Ich glaube diese Angaben vorausschicken zu müssen, um die individuelle An-

Digitized by Google

age der Wärterin, wie die bei ihr obwaltenden, zu einer psychischen Erkrankung wohl prädisponirenden Momente zu kennzeichnen.

Bevor ich nun in der Schilderung des Falles fortfahre, möchte ich zunächst dem Satze *Werner*'s, dass von einem psychischen Gifte nicht die Rede sein kann, Einiges entgegenstellen, das ich einem zu Beginne dieses Jahres in der Ztschr. f. Psych., Bd. 46, publicirten Aufsatze: die Folie à deux, von Dr. *Kröner* entnehme, nicht um dessen Deductionen mir anzueignen, sondern um darzuthun, wie widersprechend sich die Ansichten bezüglich der psychischen Contagion bis jetzt noch gestalten. — Nachdem *Kröner* die geschichtliche Entwicklung dieser Art von Erkrankung erörtert, sich über Unterschiede zwischen Folie communiquée und Folie simultanée, die Bedeutung der Heredität bei letzterer, ergangen, kommt er dazu, sich über die Infection selbst, die bisher ziemlich stiefmütterlich behandelt worden sei, zu äussern: „Freilich, sagt er, steht es damit nicht so einfach, wie mit jeder anderen Infection, sondern wir haben eine Reihe von Factoren, welche zusammen die Uebertragung einer Geisteskrankheit ermöglichen, und die Infection spielt — gegenüber andern Ansteckungen — eine verhältnissmässig geringe Rolle, worin dieselbe besteht, ist schwer zu sagen! — Mit grosser Sicherheit können wir behaupten, dass es sich nicht um eine bacilläre Infection handelt, es handelt sich überhaupt nicht um eine Infection im strengen Sinne, sondern um eine Intoxication. Dass gewisse Gifte psychische Störungen, ja förmliche Psychosen hervorbringen können, ist allbekannt. Wir kennen eine Reihe von Giften, welche die geistige Thätigkeit zum Theil in recht specifischer Weise beeinflussen (den Alkohol z. B.); wir müssen weiterhin annehmen, dass durch Gifte, welche im Körper selbst gebildet werden, Psychosen hervorgerufen werden können. Dass durch Retention von Stoffwechselproducten, welche normal — ausgeschieden werden sollen, cerebrale Störungen auftreten können, ist bei Nephritis und bei Diabetes längst bekannt, die Lehre von der Autointoxication auch in anderen Krankheiten gewinnt immer mehr an Umfang. Ist es nun anerkannt, dass gewisse Gifte, die dem Körper von aussen zugeführt werden, Psychosen hervorrufen, steht es ferner fest, dass gewisse bis jetzt noch unbestimmte Stoffwechselproducte bestimmte cerebrale Erscheinungen veranlassen können, liegt es ferner nahe, auch manche eigentliche Psychosen auf eine solche

Digitized by Google

Ursache zu beziehen, so durfte es nicht ungereimt sein, auch den Act der psychischen Infection auf dieselbe Weise zu erklären. Und zwar können wir an eine Intoxication durch gasförmige Stoffwechselproducte der Geisteskranken denken. Warum sollte nicht der dauernde Aufenthalt in der Nähe eines Geisteskranken für einen anderweitig Disponirten gerade dadurch schädlich sein!

Für einen anderweitig Disponirten! Da komme ich mit dieser ja noch lange nicht als bewiesen anzusehenden Hypothese, welcher ihr Autor eine Existenzberechtigung aus dem Umstande vindicirt, dass bis jetzt noch keine bessere existirt, zur Frage zurück, dass wohl in allen Fällen, wo eine Uebertragung einer Psychose stattgefunden, gewisse prädisponirende Momente bei dem angesteckten Individuum zweifelsohne vorhanden waren.

Hierher gehören die schon erwähnten Momente: Blutsverwandtschaft, hereditäre Belastung, sodann sind anzuführen Excesse in Baccho et Venere, Excesse irgend welcher anderer Art, vorausgegangene Krankheiten, und Schwächungen, namentlich des Nervensystems.

In unserem Fall ist eine erworbene prädisponirende Anlage doch auch gegeben, die, um mich eines Satzes zu bedienen, den ich in einer sehr interessanten Abhandlung „Ueber psychische Infection“ von Dr. *Wollenberg* im Arch. f. Psych. (XX. Bd. 1888) finde, „den Boden ebnet, auf dem dann als wesentliche ätiologische Factoren zur Geltung kämen: 1) Der Nachahmungstrieb, dessen Bethätigungen wir ja im gewöhnlichen Leben täglich zu beobachten Gelegenheit haben; 2) der schädliche Einfluss, den das primär afficirte Individuum bewusst oder unbewusst auf seine Umgebung übt d. h. also der eigentliche Vorgang der Ansteckung.

Dass eine Hysterica, in unserem Fall eine mit hystero-epileptischen Anfällen behaftete Geisteskranke einen solch schädlichen Einfluss auszuüben in hervorragendem Maasse fähig ist, wird man mir zugeben.

Eine Hysterica gefährdet ihre Umgebung wohl am meisten, sagt „*Weir Mitchell*“ in einem Aufsatz über Neurasthenie und Hysterie; dies beweisen auch die Epidemien früherer Zeiten, in denen die Hysterie, beziehungsweise Hystero-Epilepsie eine mächtige Rolle spielt. In der citirten Abhandlung von *Wollenberg* geschieht auch eines Falles Erwähnung, der, obwohl kein solcher

Digitized by Google

sporadischer Ansteckung, doch in Kürze wiedergegeben werden darf. *Seeligmüller* schildert denselben in einer in der Allg. Ztschr. f. Psych. erschienenen Arbeit: „Ueber epidemisches Auftreten von hysterischen Zuständen". Es handelte sich um 9 gesunde und kräftige Mädchen, von denen eine seit Jahren an hystero-epileptischen Anfällen (Krämpfen) litt, während die anderen 8 stets gesund und erst damals durch eine Gemüthsbewegung und schwere körperliche Anstrengungen disponirt waren. Der mehrtägige Anblick der Anfälle der Gefährtin wirkte nun erst auf 2 andere Mädchen ansteckend, denen bald 6 weitere mit Krämpfen etc. folgten. Es bestand sehr erhebliche Reizbarkeit, mehrfach wurden Lach- und Weinkrämpfe beobachtet, die, von einer Kranken ausgehend, die andern sämmtlich unwiderstehlich mit fortrissen.

Eine Gesichts- und Gehörshallucination, welche eines der Mädchen hatte und 4 andern mittheilte, wurde von diesen sofort acceptirt. Schliesslich wurden 5 Mädchen gesund, 4 mussten ins Krankenhaus.

Daran anschliessend führt dann *Wollenberg* noch einen Fall an, den ihm Professor *Hitzig* mittheilte, wo ein bei Mangel jeglicher hereditärer Anlage und ohne bekannte Ursache an epileptischem Irresein erkrankter Vater seinen Sohn ansteckt, der nicht nur dieselben Krämpfe aufweist, wie der Vater, sondern auch genau dieselben Wahnideen äussert, wie dieser. Der Vater war nach den Anfällen sehr verwirrt, kniete nieder, wurde sehr unruhig, schlug um sich, schrie: „Alles ist gefangen, ich bin auch gefangen; alles ist vergiftet", und nahm nur wenig Nahrung zu sich. Dass der Sohn nicht ein eigenes Product bot, indem er auch Vergiftungswahn äusserte, beweisst der Umstand, dass er die logische Consequenz desselben nicht zog, sondern im Gegensatz zum Vater mit Appetit ass. — Beide Kranke konnten übrigens nach auffallend kurzem Aufenthalt in der Klinik (Halle) geheilt entlassen werden, (nach 4 wöchentlicher resp. (Vater) 6 wöchentlicher Behandlung), jedenfalls aber besonders bei letzterem mit ängstlicher Prognose quoad Recidivum.

Was nun unsere Primär-Erkrankte betrifft, so war sie mit ziemlich intensiven Anfällen behaftet, welche unbedingt als hystero-epileptische zu bezeichnen waren; sie ermangelten einiger für die epileptischen Krampfanfälle charakteristischer Symptome, die Aura fehlte, nie kam der Schrei

Digitized by Google

vor, es kam auch nie zum Zungenbiss, noch zu so plötzlichem Hinstürzen; wenn sich auch recht bald tonische und klonische Krämpfe des ganzen Körpers einstellten, so regelmässig ein Herumkollern am Boden, dass Alles, was nicht niet- und nagelhaft war, dislocirt oder umgeworfen wurde.

Als rein hysterische Paroxysmen waren dieselben auch nicht zu bezeichnen, dazu waren sie viel zu stereotyp, blieben sich stets an Zahl und Intensität gleich, auch war die Bewusstseinsstörung eine viel zu tiefe. Deshalb waren die Anfälle entschieden als dem Zwischengebiete der Hystero-Epilepsie angehörig zu betrachten. In den anfallfreien Zwischenräumen befand sich die Kranke in anhaltender maniakalischer Exaltation, war sehr reizbar, überaus gesprächig, stets von übertriebenem Bewegungsdrange beherrscht. Durch ihr zur Verfügung stehende, leidliche Umgangsformen wusste sie für sich einzunehmen, brachte es, wie überhaupt die meisten Hysterischen, mit Leichtigkeit fertig, wachsendes Interesse für all' ihre Verhältnisse, ihre Erlebnisse, inniges Mitleid mit ihrem vielfachen gar oft übertriebenen Leiden wach zu rufen, letzteres ganz besonders bei unserer überaus susceptiblen Wärterin. — Sie musste Tag und Nacht um die Kranke sein, sah die Anfälle, erwies sich stets sichtlich ergriffen von diesem Anblick.

Nun geschah es einmal, dass man auf das dringenste Bitten und Flehen hin der Primär-Erkrankten, die kurz vorher den Anfall überstanden hatte, gestattete, sich an einem Ausfluge nach unserer Colonie zu betheiligen. Die Entfernung für Fussgänger ist $1\frac{1}{4}$—$1\frac{1}{2}$ Stunde; zur Rückkehr waren den Kranken sogenannte Leiterwagen zur Disposition gestellt. Es war zur Zeit der Obsternte. Mehrere der Kranken waren mit den Wärterinnen tagsüber beschäftigt, das reichlich heruntergeschüttelte Obst aufzulesen. Während der Rückfahrt nach Hause nun, die Frauen sassen ziemlich nahe an einander, befiel die betreffende Frau aufs Neue der Anfall in seiner ganzen Schwere. Unsere Wärterin sass neben ihr: durch angestrengte Arbeit und unablässige Wachsamkeit wohl ermüdet, sie wusste sich kaum zu helfen; die Rückkehr wurde doch noch ohne schlimmeren Zwischenfall bewerkstelligt. Am nächsten Tage klagte die Wärterin über Kopfweh, Schwere in den Gliedern, vermochte nichts zu essen, es fiel ihr schwer, in der gewohnten Weise ihre Arbeit zu verrichten. — Des Nachts zwischen 10—11 Uhr wurde ich gerufen, fand dieselbe in Krämpfen daliegen, die durch innerlich resp. subcutan gegebene Medicamente nicht zu coupiren waren. Dieselben wiederholten sich häufig und ähnelten sehr denen der Primär-Erkrankten. Die völlige Bewusstseinspause war vorhanden, Patientin reagirte auf keinerlei äussere Eindrücke, der Schrei kam nicht vor, ganz und gar fehlte das plötzliche Niederstürzen, die Pupillen waren weit, reactionslos, die Augen glanzlos, der Puls zeigte weder eine besondere qualitative noch quantitative Veränderung. — Nach den Anfällen, die bis zu 50 Minuten andauerten und sich während des Tages bis zu höchstens 4mal wiederholten, war sie äusserst matt und wusste absolut

Digitized by Google

nicht, was mit ihr selbst und um sie her vorgegangen war. Wir hatten bald den Arzneischatz gegen Krämpfe, epileptiforme Anfälle, Hystero-Epilepsie, erschöpft und zwar ohne jeglichen Erfolg und nun erst veranlassten auch uns die durch verschiedene Autoren erzielten therapeutischen Erfolge zur Anwendung der Suggestion in der Hypnose. Auf diese erfolgreiche rein psychische Behandlung komme ich noch kurz nachher zurück: es waren leider nicht blos Anfälle zu coupiren resp. deren Ausbruch, der recht oft durch blosses Drandenken der Patientin ausgelöst durch Concentration der Gedanken auf denselben bedauerlich prompt erzeugt wurde, zu verhindern. Das war es nicht allein.

Im ganzen Wesen der Patientin, in ihrem Denken und Fühlen, in ihrem Wollen und Handeln ging eine vollständige Aenderung mit ihr vor. — Nicht etwa so, dass sie nun Krankheitssymptome aufgewiesen hätte, welche auf ein epileptisches Irresein hingewiesen hätten. Es war keine reizbare Schwäche, keine mürrische, schimpflustige Gemüthsverfassung, weder Bosheit noch grobe Sinnlichkeit, überhaupt keine ethischen Defecte. Nein! Es hatte sich eine tiefe Gemüthsdepression eingestellt: sie sprach nur widerwillig, wich ihrer Umgebung aus, so viel sie irgend konnte, hatte sich manchmal an ganz entlegenen Orten versteckt, brütete dumpf vor sich hin, ihr ganzes Verhalten liess auf eine schwere, nicht zu bewältigende psychische Hemmung schliessen. Wie um Hilfe flehend, oder um Verzeihung bittend sah sie ihre Vorgesetzten an. Bei vorhandener Krankheitseinsicht fühlte sie auch recht tief, dass sie nicht mehr im Stande war, ihren Verpflichtungen nachzukommen; der tägliche Verkehr mit denen, die ihr seither nahe standen, war für sie eine Quelle zunehmender Unlustgefühle, sie jammerte und klagte, fand alles verabscheuungswürdig, besonders aber sich selber, Alles schien ihr traurig, alles öde zu sein, sie selbst war keinem Zuspruch, keiner Belehrung mehr zugänglich. — Eines Tages forderte sie auch eine Collegin auf, mit ihr an das Gewässer hin spazieren zu gehen, frug, ob das zum Ertrinken tief genug sei, quälte sich also auch mit Selbstmordgedanken. Auch neue körperliche Störungen gesellten sich hinzu. Hochgradige Appetitlosigkeit, träge Verdauung, Schlaflosigkeit, kurzum ein Zustand, der das typische Bild der einfachen Melancholie wiedergab. Oder wäre es nach *Arndt*'s Vorgang in Anbetracht des günstigen Ausganges als Dysthymie zu bezeichnen, oder wird man in Anbetracht der Entstehungsweise an *Griesinger*'s Dysthymia neuralgica oder an *Schüle*'s Dysphrenia neuralgica, bei welcher die Neuralgie für den Inhalt bezw. die Form der Psychose oftmals durchaus von Wesenheit ist, erinnert, dementsprechend in unserem Fall die motorische Störung für den Ausbruch des sich hinzugesellenden Depressionszustandes wesentlich sein soll.

Nachdem ich nun die Erkrankung auch in ihrem Verlauf kurz und bündig dargestellt, muss ich noch zurückkommen auf den zur

Digitized by Google

Geltung gekommenen ätiologischen Factor resp. auf den Modus der Entstehung der Ansteckung! Was den Nachahmungstrieb betrifft, so wird ihm wohl vielfach ein zu grosser Werth beigemessen. Wie er das Kind mehr beherrscht als den Erwachsenen, so auch den Schwachen mehr als den Starken, doch wird es nicht zulässig sein, ein erwachsenes, bis dahin gesundes, wenn auch geschwächtes d. h. prädisponirtes Individuum völlig dem Triebe verfallen zu sehen, das Verhalten eines Geisteskranken nachzuahmen, dann müsste er doch Gefallen finden an diesem Gebahren. Damit das Verlangen nach Nachahmung eines Geisteskranken in einem Menschen entstehe, muss er, wie ***Kröner*** in seiner bereits erwähnten Arbeit sagt: „eben schon krankhaft afficirt sein". Sehr richtig bemerkt hierüber in einem in der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Halle entstandenen und im XXI. Bd. 1889 des Arch. f. Psych. veröffentlichten „Beitrag zur Lehre von der Infectiosität der Neurosen" Dr. ***Herzog***: Die Nachahmung ist das eine mal als Theilerscheinung der Disposition, das andere mal als Symptom schon bestehender Krankheit aufzufassen, deshalb werden wir zur Erklärung der genannten Vorgänge eines besonderen psychischen Infectionsvorganges nicht entrathen können. Wir müssen annehmen, dass er mit der Nachahmung nichts zu thun hat, dass sich das secundär erkrankende Individuum dabei ebenfalls (wie das primär Erkrankte) ganz passiv verhält, wir werden ihm wohl am ehesten — um ein Fremdwort durch das andere zu ersetzen und statt mit zwei unbekannten Grössen mit einer zu rechnen — mit dem Suggestions-Vorgang vergleichen dürfen. — Kurz nach Abschluss der zuletzt erwähnten Arbeit erschien in der Ztschr. f. Psych. 45. Bd. (1889) eine Abhandlung von Dr. ***Joerger,*** bezüglich deren Dr. ***Herzog*** in einem Nachtrag zu erwähnen nicht unterlässt, dass er sich freut, constatiren zu können, dass der Verfasser in vielen Beziehungen so z. B. in Betreff des Infectionsmodus von ähnlichen Gesichtspunkten ausgegangen ist, wie er. — Auf die Frage, auf welche Weise, durch welche Art der Einwirkung die Uebertragung einer Geisteskrankheit von einem Geisteskranken auf einen geistesgesunden Menschen stattfindet, ertheilt er nach ***Lehmann*** (Arch. f. Psych. XIV) nach dessen Arbeit: „Zur Casuistik des inducirten Irreseins" die Antwort 1) durch den psychischen Eindruck, 2) durch Implantation der Wahnideen. Letzterer Ueber-

Digitized by Google

tragungsmodus kommt ja bei uns gar nicht in Betracht, also bleibt die kurze, prägnante Antwort: durch den psychischen Eindruck. Damit ist dasselbe gesagt, wie durch *Wollenberg*, der, wie schon erwähnt, von schädlichem Einfluss, den das primär afficirte Individuum auf seine Umgebung übt, spricht. Die ansteckende Psychose wirkt durch ihre äussere Erscheinung, ihr Auftreten, durch die einfache Thatsache ihres Vorhandenseins und ausser den sinnlichen Eindrücken sind es auch geistige und gemüthliche, die auf das secundär erkrankte Individuum heranstürmen, in der Weise, dass es an dem Leiden des Befallenen sympathischen Antheil nimmt und dadurch in die verschiedenartigsten gemüthlichen Erregungszustände versetzt wird. Es geräth, wie sich *Wille* ausdrückt, in Zustände des Affectes, die an sich schon mit Störungen des geistigen Gleichgewichtes einhergehen. Es werden je nach der geistigen Individualität dabei die Zustände des Mitleidens, des Schmerzes, der Sorge, des Kummers, des Grams, der Furcht, — namentlich der Furcht vor gleicher Erkrankung — der Angst, des Schreckens, ja des Entsetzens und der Verzweiflung auftreten. — Die weitere Bemerkung *Joerger*'s: Unsere Secundär-Erkrankten gaben schon vor ihrer Erkrankung an, die Psychose des Primär-Erkrankten habe einen erschütternden Eindruck auf sie gemacht und nach erfolgter Heilung bezeichnen sie denselben als die Ursache der eigenen Erkrankung — das trifft auf unsern Fall Wort für Wort zu. — Dem Allem nach ist die Ursache der Secundär-Erkrankung, sei sie gleich geartet, oder habe, wie bei unserer Wärterin, die später erkrankte Person eine der Psychose des Primär-Erkrankten differente Form acquirirt, in diesen sinnlichen und geistigen Eindrücken und den damit verbundenen gemüthlichen Emotionen zu finden, weshalb diese Art von Psychosen wohl am besten als Emotionspsychose (Uebertragung auf dem Wege der Emotion) bezeichnet wird.

Indem *Joerger* nun zu dem Vergleich dieser Uebertragungsart mit der hypnotischen Suggestion gelangt und noch die beachtenswerthe Thatsache anführt, dass hysterische Erscheinungen irgend einer Art sich von Person zu Person übertragen, während andererseits Hysterische leicht hypnotisirbar und suggerirbar sind, kommt er zu folgendem Schluss: Wir stehen nun der höchst interessanten Frage, die wir zur Zeit leider noch nicht beantworten können,

Digitized by Google

gegenüber, ob unsere emotiv-inducirten Kranken auch gute Medien für die Hypnose sind.

Diese Frage gestattet uns die Erfahrung, die wir an unserem Falle gemacht, mit vollem Recht zu bejahen.

Damit wäre ich an dem letzten Theil meines Berichtes angekommen, den ich wohl (ihrem Wunsche jedenfalls entsprechend, möglichst) kurz dahin fassen darf, dass ich nochmals hervorhebe, dass wir die Kranke einer rein psychischen Behandlung unterworfen haben, welche allerdings sich zum Coupiren, resp. zum Verhindern des Ausbruches eines hystero-epileptischen Anfalles bis zur hypnotischen Suggestion ausdehnte, welche aber nach Trennung der Kranken von ihrer bisherigeu Umgebung, besonders von derjenigen, deren Psychose ihre psychische Erkrankung hervorgerufen, darin bestand, dass wir (ich bediene mich hier theilweise eines Satzes, den ich in H. 25 der Berl. Klinik von Dr. *Hahn* und Prof. Dr. *Fürbringer* und einem Aufsatze von Prof. *Rosenbach* „Ueber psychische Therapie" innerer Krankheiten vorfinde) von der Analyse der krankhaften Erscheinungen ausgehend, unter steter Berücksichtigung der Individualität der Patientin dieselbe durch methodische Belehrung, durch ermuthigenden Zuspruch, durch Kräftigung des Willens und der Widerstandskraft das vorhandene Fehlerhafte, auf unrichtigen Vorstellungen beruhende Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, in richtige Bahnen zu lenken versuchten und vermochten.

Indem ich noch anführe, dass unsere Primär-Erkrankte vor geraumer Zeit von ihrem Manne ungeheilt abgeholt wurde, dass kürzlich erst Zwecks deren Entmündigung von Gerichtswegen eine Anfrage an uns gerichtet ward, in welchem Zustande, mit welcher Prognose die Betreffende unsere Anstalt verlassen, — dann auch noch erwähne — dass die Hypnose bei dieser Kranken ihre hysteroepileptischen Anfälle stets sicher hervorrief, schliesse ich mit der Mittheilung, dass unsere Wärterin sich völlig geheilt aus der Anstalt auf unseren dringendsten Rath entfernen konnte, zunächst bei einer Gönnerin zur Sammlung der Kräfte vorübergehenden Aufenthalt nahm und zur Zeit mit Erfolg und zu eigener grosser Zufriedenheit und mit reger Schaffenslust die Stelle einer Krankenwärterin in einer bedeutenden chirurgischen Privatklinik versieht.

Digitized by Google

Prognose bei Manie.

Von

W. Willerding,

pract. Arzt in Grohnde a. Weser, früher Assistenzarzt an der Irrenanstalt zu Hildesheim.

Von allen Psychosen bietet die Manie nach den vorhandenen statistischen Angaben unstreitig die günstigste Prognose sowohl in Hinsicht auf die Dauer der Krankheit, als auch hinsichtlich ihrer Heilung. Nach *Guislain* gehen von 10 Manien 7 in Heilung über, nach *Marcé* ca. $^2/_3$ aller Fälle; nach *Eschenburg* in Lübeck heilen 60,6 pCt. *Mendel* will sogar bei ca. 80 pCt. der Fälle von Manie mit einer durchschnittlichen Dauer von 6 Monaten Heilungen beobachtet haben.

Im Folgenden will ich aus dem grossen mir vorliegenden Materiale versuchen festzustellen, welche Fälle von Manie eine günstige, welche (abgesehen von der Mania gravis, dem Delirium acutum als einer besonderen Krankheitsform) eine ungünstige Vorhersage bieten. Ich werde also sämmtliche Fälle von Kranken, welche in die Anstalt zu Hildesheim vom Jahre 1878 ab bis August 1890 mit der Diagnose „Manie" aufgenommen sind und wirklich an „Manie" litten, zusammenstellen, nach dem Ausbruch — Aetiologie — Verlauf, Dauer und Ausgang ordnen und die selbst beobachteten Fälle mehr berücksichtigend die Vorhersage für analoge Fälle bestimmen.

Bei der Statistik werden zuerst alle Fälle nach dem Ausgange aufgeführt werden, dann wird die Aetiologie, die Dauer der Psychose vor der Aufnahme und in der Anstalt, das Alter

Digitized by Google

der Erkrankten und die Art der Erkrankung näher angegeben werden.

Was die allgemeinen Angaben betreffs der Prognose für alle Psychosen anlangt, so gelten dieselben selbstverständlich insbesondere auch für Manie. Je heftiger und länger eine Psychose dauert, desto ungünstiger wird die Prognose; ist das ätiologische Moment nicht zu entfernen oder zu mildern, oder sind als ätiologische Momente mehrere anzuführen, so wird die Hoffnung auf Wiederherstellung geringer; jugendliche Individuen heilen leichter als ältere; Periodicität verschlechtert die Aussicht auf vollständige Genesung etc.

Besonders wird bei der Besprechung über die Aetiologie Rücksicht genommen werden auf die Prognose der Manieen, welche durch Puerperien, Lactation etc., nach somatischen Leiden, nach psychischen Eindrücken, in Folge von hereditärer Belastung und deren Combinationen entstanden sind.

Als hereditär belastet wird auch derjenige angesehen werden, dessen Vater oder Mutter in baccho, ohne sonst seelische Störungen gezeigt zu haben, von jeher gesündigt hat.

Einfluss der Jahreszeiten auf Heilung ist nicht beobachtet.

In den Jahren 1878 bis Mitte 1890 wurden mit der Diagnose „Manie“ aufgenommen und litten an Manie:

		Männer: 161	
		Frauen: 161	
			322.
1. Es starben:	Männer 22		
	Frauen 13		
	35		35
2. Versetzt wurden:	Männer 4		
	Frauen 6		
	10		10
3. Ungeheilt wurde entlassen:	1 Frau		1
4. Gebessert entlassen wurden:	Männer 3		
	Frauen 10		
	13		13
		Transport	59

Digitized by Google

	Transport	59
5. Periodisch erkrankt waren oder wurden mehrmals aufgenommen: 20 Männer mit 44 Aufnahmen 26 Frauen - 60 - 104		104
6. Geheilt entlassen wurden: Männer 57 Frauen 53 110		110
7. Von den einmal Erkrankten sind noch in der Anstalt: Männer 31 Frauen 18 49		49
	Summa	322.

Als ätiologisches Moment wurde angegeben bei

	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		Sa.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
Hereditär	4	5	—	3	—	—	—	2	15	17	15	9	7	5	82
Hereditär + Psychische Ursachen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	5	—	1	11
Hereditär + Som. Ursachen	1	1	—	—	—	—	—	—	—	10	1	8	—	—	21
Hereditär + Ps. + Som.	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	3
Hereditär + Potus	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—	6	—	4	—	16
															133
Ps.	2	1	—	—	—	—	—	—	—	2	3	6	3	—	17
Som.	2	1	—	—	—	—	1	3	7	4	4	9	1	3	35
Ps. + Som.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	3	—	—	5
Vagabondage . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Potus	3	—	—	1	—	—	1	—	2	2	5	1	7	—	22
Unbekannt	7	4	3	2	—	1	1	5	15	23	18	12	9	9	109
	22	13	4	6	—	1	3	10	44	60	57	53	31	18	322
	35	+	10	+	1	+	13	+	104	+	110	+	49	=	322.

Von den 322 aufgenommenen Kranken waren 133 hereditär psychopathisch belastet, also ca. 41,3 pCt.; ohne hinzukommende andere Ursache für die Entstehung der Psychose sind 82 von den

Digitized by Google

133 angegeben, also ca. 25,4 pCt. aller Fälle. Bei den übrigen hereditär belasteten 51 Kranken veranlassten die Krankheit: Gemüthsaffecte, körperliche Leiden und Alkoholmissbrauch.

Ohne hereditär belastet zu sein erkrankten in Folge von Gemüthsaffecten 17, von körperlichen Leiden (fieberhafte Krankheiten, Klimacterium, Puerperium etc., Traumen, vorzugsweise des Kopfes) 35, von beiden zugleich 5, von Alkoholmissbrauch 22 und in Folge von Vagabondage 1; unbekannt war und blieb die Aetiologie bei 109 Fällen.

Von den hereditär Belasteten

starben	14
wurden versetzt	4
- gebessert	2
waren periodisch oder mehrmals krank	47
- einmal krank und geheilt entlassen	49
befinden sich noch in der Anstalt	17
	133.

Von den allein nach Gemüthsaffecten Erkrankten

starben	3
wurden mehrmals aufgenommen	2
- geheilt	9
sind noch in der Anstalt.	3
	17.

Von den allein nach körperlichen Leiden Erkrankten

starben	3
wurden mehrmals krank	11
- gebessert entlassen	4
- geheilt	13
sind noch in der Anstalt.	4
	35.

Von denen, bei welchen Gemüthsaffecte und körperliche Leiden zusammen die Krankheit veranlassten:

erkrankten mehrmals	2
wurden geheilt	3
	5.

Der in Folge von Vagabondage Erkrankte starb: 1.

Digitized by Google

Von den in Folge von Alkoholmissbrauch Erkrankten

starben	3
wurden versetzt	1
- gebessert	1
- mehrmals krank .	4
- geheilt	6
sind noch in der Anstalt .	7
	22.

Von denen, deren Krankheitsursache unbekannt blieb:

starben	11
wurden versetzt	5
- nicht geheilt entlassen	1
- gebessert entlassen .	6
- mehrmals krank . .	38
- geheilt	30
sind noch in der Anstalt . .	18
	109.

Die Dauer der Erkrankung vor der Aufnahme in die Anstalt ist nicht immer mit Bestimmtheit anzugeben; sie ist je nach der Heftigkeit des Auftretens der Krankheit verschieden; das erklärt sich wohl daraus, dass Maniaci mit geringen Aufregungserscheinungen von der Umgebung länger ertragen und geduldet werden, als solche, bei welchen die Krankheitserscheinungen in heftiger Weise auftreten und andauern. Bei den Melancholischen und den Leichtmaniakalischen, als den ihrer Umgebung weniger lästigen und gefährlichen, zögert man gewöhnlich mit der Internirung; dagegen erscheinen die, welche an heftiger Tobsucht erkranken, der Umgebung gemeiniglich viel gefährlicher und unbequemer und finden daher eher ihren Weg in eine Anstalt. Ferner haben auch die äussern Verhältnisse gewissen Einfluss auf die mehr oder weniger schnelle Ueberführung in eine Anstalt.

Es ist natürlich verständig, alle psychisch Erkrankten möglichst bald einer Anstalt zuzuführen, auch schwere Maniaci, obwohl es nicht zu leugnen ist, dass diese durch ihre Umgebung und deren Behandlung sowohl in der Anstalt wie ausserhalb derselben in ihrer schwersten Form wenig beeinflusst werden; aber dennoch ist es gerathen, auch diesen möglichst schnell eine Anstaltsbehandlung zu

Digitized by Google

Theil werden zu lassen, denn erstens ist die baldige Internirung im Interesse des Gemeinwohls geboten, dann ist es, wenn bald grössere Ruhe eintritt, wenn der Kranke beginnt von seiner Umgebung Notiz zu nehmen, natürlich von Vortheil für den ferneren Verlauf und Dauer der Psychose, wenn derselbe in sachgemässer Behandlung sich befindet; von Nachtheil aber kann es sein, wenn derselbe erst dann in eine Anstalt überführt wird.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer vor der Internirung beträgt

1.	bei den Verstorbenen ca. . .	12	Monate
2.	- - Versetzten	10,75	-
3.	- - ungeheilt Entlassenen .	18	-
4.	- - gebessert Entlassenen .	5,5	-
5.	- - mehrmals Erkrankten .	4	-
6.	- - geheilt Entlassenen .	2,5	-

Diese statistischen Angaben besagen selbstverständlich wenig, denn 1) ist wohl die Krankheitsdauer vor der Anstaltsaufnahme schwer mit sicherer Genauigkeit anzugeben, 2) sind die Verstorbenen zum Theil intercurrenten Krankheiten erlegen und konnte man bei einzelnen noch Heilung der Psychose erwarten, 3) kann nach dem uns bekannten Ausgange, wonach die obige Angabe geordnet ist, nicht die Schwere der Geistesgestörtheit gemessen werden. Dass aber auch bei dieser Eintheilung gerade die am ungünstigsten verlaufenden Fälle die längste Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt aufzuweisen haben und umgekehrt, ist jedenfalls bezeichnend und nicht ohne Belang.

In der folgenden Angabe werden also nur die Fälle, deren Ausgang uns bekannt ist, also die Verstorbenen und geheilt Entlassenen, nach der Dauer des Anstaltsaufenthaltes und dem Ausgange mit Rücksichtsnahme auf die Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt zusammengestellt. Die Versetzten, die gebessert und ungeheilt Entlassenen, welche meist schon in Schwachsinn übergegangen waren und deren Anstaltsaufenthalt vor dem endgültigen Ausgange der Psychose unterbrochen wurde, die periodisch oder mehrmals Erkrankten, welche zum Theil mehrmals aufgenommen und entlassen worden sind und grössten Theils sich schon wieder oder noch in der Anstalt befinden, also auch keinen Abschluss ihrer Psychose gefunden haben, und die noch in der An-

Digitized by Google

stalt Befindlichen aus demselben Grunde sind bei dieser Angabe nicht heranzuziehen.

Von den Verstorbenen waren

| | | |

Oben haben wir angegeben, bei wie vielen Fällen dieses oder jenes Moment als veranlassende Ursache anzunehmen ist und wie viele von denen, welche hereditär belastet waren, welche nach Gemüthsaffecten etc. erkrankten, starben, geheilt, gebessert oder ungeheilt entlassen, versetzt wurden oder periodisch erkrankten. Jetzt kommen wir zur Beantwortung der Frage, in welchem Zusammenhange steht der Ausgang der Manie in Tod, Heilung, Schwachsinn oder Periodicität zu der Krankheitsdauer vor der Internirung, zu der Dauer der Krankheit in der Anstalt und zu der veranlassenden Ursache? (Siehe Tabelle auf S. 80 u. 81.)

Da die Vorstorbenen zum Theil an verschiedenen körperlichen Krankheiten litten und die in Schwachsinn Uebergegangenen wegen ihres fortdauernden psychischen Leidens so lange in der Anstalt verblieben, so vergrössern diese beiden den Durchschnitt der Dauer des Anstalts-Aufenthaltes wesentlich. Es genügt für die Aetiologie bei diesen also nur zu wissen, bei wie vielen diese oder jene krankheitserregende Ursache vorhanden war.

Betrachten wir jetzt nur das Verhältniss der Aetiologie zu der Krankheitsdauer vor der Internirung und in der Anstalt bei den Geheilten:

1) Hereditäre Belastung war vorhanden in	86	Fällen	[1]	v. 2,5	M. [2]	v. 5,5	M.
2) Psychische Ursachen wurden angegeb. in	8	-		- 1,5	-	- 8,5	-
3) Körperliche Leiden als Ursache . . .	23	-		- 2	-	- 6,5	-
4) Beide 2) und 3) combinirt	4	-		- 2	-	- 18	-
5) Alcoholismus	10	-		- 6	-	- 14,5	-
6) Unbekannte Ursache	58	-		- 1,5	-	- 7,5	-

Oben wurde als Durchschnitt des Anstaltsaufenthaltes: 9,75 Monate angegeben, darunter blieben die hereditär belasteten, die nach psychischen Affecten, nach körperlichen Leiden Erkrankten und die, deren Krankheitsursache unbekannt blieb. Es überschritten den Durchschnitt die, bei welchen somatische und psychische Ursachen zugleich wirkten, fast um das Doppelte, und die, welche in Folge von Alkoholmissbrauch erkrankten, um die Hälfte. Letztere hatten ausserdem eine Krankheitsdauer vor der Internirung, welche die durchschnittliche ums Doppelte übertrifft.

[1]) mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer vor der Internirung
[2]) mit durchschnittlicher Aufenthaltsdauer in der Anstalt

Digitized by Google

Anzahl der			Aetiologie	Durchschnittliche Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt			Durchschnittliche Dauer des Anstaltsaufenthaltes			Ausgang
M.	Fr.	Zusammen		M.	Fr.	Zusammen	M.	Fr.	Zusammen	
7	7	14	H.	3,5	19,8	$\frac{23,3}{2} = 11,65$	13,8	37,7	$\frac{51,5}{2} = 25,7$	in Tod
2	1	3	Ps.	6	1	$\frac{7}{2} = 3,5$	7,5	5	$\frac{12,5}{2} = 6,2$	- -
2	1	3	Som.	1	0,25	$\frac{1,25}{2} = 0,62$	9	32	$\frac{41}{2} = 20,5$	- -
3	—	3	P.	6	—	6	17,66	—	17,66	- -
1	—	1	Vageb.	4	—	4	8	—	8,00	- -
7	4	11	?	17,428	2,25	$\frac{19,678}{2} = 9,8$	27,28	8	$\frac{35,28}{2} = 17,64$	- -
22	13	35	—	—	—	$\frac{35,57}{6} = 5,9$	—	—	$\frac{70,0}{6} = 11,66$	ca. 13 pCt. aller Fälle mit bekanntem Ausgange starben.
1	5	6	H.	3	12,33	$\frac{15,33}{2} = 7,66$	18	16	$\frac{34}{2} = 17$	in Schwachsinn
1	3	4	Som.	0,5	3,5	$\frac{4}{2} = 2$	25	15	$\frac{40}{2} = 20$	- -
1	1	2	P.	1	3	$\frac{4}{2} = 2$	5	3	$\frac{8}{2} = 4$	- -
4	7	11	?	9	11	$\frac{20}{2} = 10$	32	12	$\frac{44}{2} = 22$	- -
7	16	23	—	—	—	$\frac{21,66}{4} = 5,4$	—	—	$\frac{63}{4} = 15,75$	ca. 8,5 pCt. aller Fälle mit uns bekanntem Ausgange

Digitized by Google

27	20	47	H.	2,5	3,5	$\frac{6}{2} = 3$	5,5	6,5	$\frac{12}{2} = 6$	in Genesung
1	17	18	H. + Som.	4	3	$\frac{7}{2} = 3,5$	2	5,0	$\frac{7}{2} = 3,5$	- -
5	5	10	H. + Ps.	1,5	2,5	$\frac{4}{2} = 2$	13	9	$\frac{22}{2} = 11$	- -
2	—	2	H.+Som.+Ps.	1	—	1	4,5	—	4,5	- -
9	—	9	H. + P.	3,5	—	3,5	7,5	—	7,5	- -
11	12	23	Som.	1,5	2	$\frac{3,5}{2}$ ca. 2,0	5	8,5	$\frac{13,5}{2}$ ca. 6,5	- -
2	6	8	Ps.	0,5	2,5	$\frac{3}{2} = 1,5$	3	14	$\frac{17}{2} = 8,5$	- -
—	4	4	Som. + Ps.	—	2	2	—	18	18	- -
8	2	10	P.	5	7	$\frac{12}{2} = 6$	7,5	21,5	$\frac{29}{2} = 14,5$	-
28	30	58	?	2	1	$\frac{3}{2} = 1,5$	8	7	$\frac{15}{2} = 7,5$	- -
93	96	189	↓	—	—	$\frac{26,0}{10} = 2,6$	—	—	$\frac{97,5}{10} = 9,75$	ca. 70 pCt. aller Fälle mit bekanntem Ausgange genasen.
8	15	23		leiden an periodischer Manie und sind noch in der Anstalt.						ca. 8,5 pCt. aller Fälle leiden an periodischer Manie.
—	1	wurde ungeheilt entlassen				18	—	—	54	
31	20	51	haben ausserdem noch keinen Abschluss ihrer Psychose gefunden.							

Digitized by Google

Was nun die erbliche Belastung anlangt, so ersehen wir aus dem oben Angeführten, dass dieselbe durchaus nicht die Prognose auf Heilung verschlechtert; ja es heilen bei weitem die meisten erblich Belasteten und weisen die geringste Krankheitsdauer auf. Das ist wohl dadurch zu erklären, dass dieselben vermöge einer gewissen Disposition zu geistigen Abnormitäten nur eines geringen Anstosses bedürfen, um aus ihrem psychischen Gleichgewichte zu kommen. Gemeiniglich sind diese Manieen leichterer Art und heilen schneller. — Mehrfach ist behauptet worden, dass die hereditär Belasteten häufiger wieder erkranken oder in Periodicität verfallen; das konnte aus dem uns vorliegenden Materiale nicht constatirt werden. — Von denjenigen, bei welchen neben hereditärer Veranlagung den Ausbruch der Manie äussere Anlässe bewirkten, haben die längste Krankheitsdauer die aufzuweisen, welche in Folge von psychischen Affecten erkrankten, sodann die, welche durch Alkoholmissbrauch der Manie verfielen.

Die Manieen, deren Entstehung auf Gemüthsaffecte zurückgeführt wird, haben die geringste durchschnittliche Krankheitsdauer vor der Internirung; wir können daraus den Schluss ziehen, dass dieselben mit heftigen Symptomen einsetzten und einhergingen; die Krankheitsdauer in der Anstalt ist auch, obwohl unter dem Durchschnitt aller Geheilten, doch wesentlich länger als die der einfach erblich Belasteten — das Gleiche ist der Fall bei denjenigen, deren Krankheitsursache nicht bekannt ist. — Daraus geht wohl hervor, dass die Manieen, welche in Folge von psychischen Ursachen entstehen, gemeiniglich heftige und langdauernde sind. Die in Folge von Alcoholismus Erkrankten sind mit einer langen Krankheitsdauer vor der Internirung und einer langen Aufenthaltsdauer in der Anstalt angegeben. Die Verzögerung, solche Kranke der Anstalt zuzuführen, hat meist ihren Grund darin, dass die Umgebung dieselben als Säufer kennt, deren Sonderbarkeiten und Erregtheiten nicht sogleich als Krankheit ansieht und sie gewähren lässt. Auf diese Weise wird diesen Kranken die Wohlthat einer Anstaltsbehandlung länger vorenthalten, als ihnen gut ist. Häufig werden sie als Schwerkranke an Leib und Seele in die Anstalt aufgenommen. Meistens heilt bei Alkoholabstinenz die Psychose in der Anstalt sehr bald; jedoch werden solche Kranke wegen ihrer Labilität und oft auch wegen ihrer körperlichen Schwächen länger

Digitized by Google

aus wohl angebrachter Vorsicht in der Anstalt zurückbehalten. Im allgemeinen aber kann man den Alkoholmanieen eine in Bezug sowohl auf Heilung als auch auf die Krankheitsdauer günstige Prognose stellen.

Die Manieen in Folge von somatischen Leiden sind im allgemeinen leichte und bieten, falls diese Leiden oder deren Folgen — Anämieen etc. — zu heben sind, günstige Aussicht auf Heilung dar.

Es wird behauptet (*Frese*, Allgem. Ztschr. f. Psych. XXXII. p. 485, *Ripping* und andere), dass die Graviditäts-, Lactations- und Puerperalmanieen eine überaus günstige Prognose geben. Schwangerschaftsmanien wurden hier in den betreffenden Jahren nicht aufgenommen. Eigentliche Puerperalmanieen wurden 6 beobachtet, wovon 5 geheilt wurden, die 6. wird noch in der Anstalt behandelt.

1) Patientin erkrankte ohne sonstige veranlassende Ursache 5 Tage nach ihrer ersten Entbindung, wurde nach 3 Wochen der Anstalt zugeführt und nach 6 Monaten geheilt entlassen.

2) Patientin, hereditär belastet, erkrankte 5 Tage nach ihrer ersten Entbindung, wurde nach 4 Monaten der Anstalt zugeführt und nach $3^1/_2$ Monaten geheilt entlassen.

3) Dieselbe wie 2) erkrankte bei der folgenden Niederkunft wiederum an Manie, war $1^1/_2$ Monat vor der Internirung krank und wurde nach 8 monatlichem Anstaltsaufenthalte genesen entlassen. — Späterhin erkrankte sie noch 2mal ohne besondere Veranlassung an Manie. —

4) Patientin, hereditär belastet, wurde 5 Tage nach ihrer Niederkunft maniakalisch, nach 4 Monaten der Anstalt zugeführt und nach 5 Monaten geheilt entlassen. — Nach einigen Jahren erkrankte sie ohne nachweisbare Ursache wiederum an Manie. —

5) Patientin, hereditär belastet, wurde 1 Woche nach der Entbindung maniakalisch, 3 Wochen darauf in die Anstalt aufgenommen, nach 4 monatlichem Anstaltsaufenthalt geheilt entlassen.

Also auch die geringe Anzahl der Puerperalmanieen, welche uns vorliegt, genas nach relativ kurzer Krankheitsdauer. Bemerkenswerth ist, dass die unter 2) und 4) angeführten Patientinnen, welche beide hereditär belastet sind, später Recidive bekamen; die erstere nach der 2. Entbindung, die andere ohne nachweisbare Ursache.

Digitized by Google

Die sechste ist die Kranke, welche sich noch in der Anstalt befindet; dieselbe wurde 3 Tage nach ihrer Niederkunft maniakalisch und 14 Tage danach der Anstalt zugeführt. Sie hat sich in den 4 Monaten, während welcher sie sich in der Anstalt befindet, wesentlich beruhigt; alle Krankheitserscheinungen sind im Abnehmen begriffen. Nach den Erfahrungen kann man mit einiger Bestimmtheit vorhersagen, dass auch diese Manie im Laufe der nächsten Monate geheilt werden wird.

Nur bei einem Falle wurde Lactation als die veranlassende Ursache angegeben; die 37jährige Kranke wurde vor ca. 4 Monaten entbunden, stillte ihr Kind selbst, mentruirte im 4. Monat wieder und wurde körperlich sehr schwach; nach kurzem melancholischem Stadium erkrankte sie an Manie; wurde nach 14 Tagen in die Anstalt gebracht, aus welcher sie nach 7 Monaten körperlich gekräftigt und geistig genesen entlassen wurde: — also nach Art und Verlauf und Dauer eine Erkrankung, wie die Lactationsmanieen durchschnittlich verlaufen.

Die Menstruation hat gewiss einigen Einfluss auf den Verlauf und die Art der Manie, nicht freilich so häufig wie im Laienkreise vermuthet wird. Wenn mit dem Entstehen der Manie die Menses cessirt haben und dieselben bei beginnender Besserung der Psychose wieder eintreten, so ist letzteres als ein prognostisch günstiges Zeichen anzusehen. Menstruationsstörungen als directe Ursache der Manie, Psychosen überhaupt anzunehmen, ist wohl nicht angezeigt; es sind dieselben meistens doch Folgen körperlicher Leiden, Anämien etc., welche auch die Psychosen verursachen. Dagegen sieht man während des Bestehens der Psychose häufig Beeinflussung derselben durch die Periode. Bei zwei Fällen von periodischer Manie fielen jahrelang die Erregungsstadien mit der Menstruation zusammen. — Ich habe in der Litteratur nichts über den Abschluss einer solchen Psychose gefunden und weiss nicht, ob es schon beobachtet ist, dass solche Manien im Climacterium aufhören oder ob diese Psychosen überhaupt in jener Zeit eine Aenderung (Uebergang in Schwachsinn oder Blödsinn) erfahren.

Nur 3 erkrankten im unmittelbaren Anschlusse an eine geringe Kopfverletzung mit unerheblicher Hirnerschütterung — wie sich feststellen liess. Alle drei waren sehr heftig maniakalisch; der eine

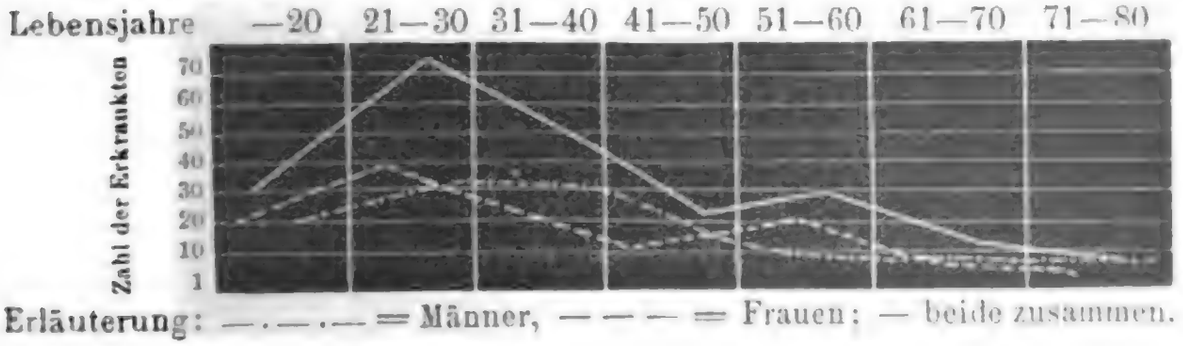
Digitized by Google

genas nach 5 Monaten, der andere, hereditär belastet, starb nach 5 Jahren an Erschöpfung.

Was das Alter der Erkrankten anlangt, so sind die Zahlen nach Decennien angegeben, folgende

Alter	bis zum 20. J.		Vom 21.—30.		31.—40.		41.—50.		51.—60.		61.—70.		71.—80.		Sa.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	
der Verstorbenen	1	—	2	1	7	3	2	1	3	4	4	3	3	1	35
Sa.	1		3		10		3		7		7		4		35
der in Schwachsinn Uebergegangenen	—	1	4	6	1	3	2	3	—	3					23
Sa.	1		10		4		5		3						23
der geheilt Entlassenen	20	19	32	34	25	18	8	9	4	14	2	2	2	—	189
Sa.	39		66		43		17		18		4		2		189
Sa. der Männer u. Frauen	21	20	38	41	33	24	12	13	7	21	6	5	5	1	247
Sa.	41		79		57		25		28		11		6		247

Diese Tabelle in Curvenform dargestellt:



Erläuterung: —·—·— = Männer, — — — = Frauen; — beide zusammen.

Wir sehen also fast alle Decennien von der Pubertät ab vertreten; die Curve steigt mächtig an in den zwanziger Jahren, sinkt von da successive mit einer geringen Steigerung in den fünfziger Jahren; zugleich bemerken wir bei der die Frauen vertretenden Curve (— — —) daselbst eine etwas erheblichere Steigerung, während die die Männer angebende (·—·—·) weiter sinkt; also ist die geringe Steigerung der die gesammte Zahl darstellenden Linie durch die Steigerung bei den Frauen hervorgerufen.

Dieses Ueberwiegen der Frauen in jenem Alter ist wohl vor-

Digitized by Google

zugsweise dem Klimacterium zuzuschreiben, welches gewiss nicht ohne Bedeutung bei der Entstehung von Psychosen ist. Wir können zwar nur bei 2 Fällen das Klimacterium mit einiger Sicherheit als direct veranlassendes Moment annehmen, während es bei den übrigen Erkrankungen gewiss mehrfach als veranlassende Ursache mitgewirkt hat. — Jene zwei Fälle verliefen chronisch und endeten in Folge intercurrenter somatischer Leiden mit dem Tode.

Decennien:	—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80
Procentsatz der Geheilten	95	83,5	75,4	68	64,28	36,36	33,33
- der in Schwachsinn Uebergegangenen	2,4	12,65	7	20	10,7	—	—
- der Gestorbenen	2,4	3,8	17,5	12	25	63,5	66,66

Was nun den Ausgang der Psychosen in den verschiedenen Decennien anbelangt, so sehen wir aus vorstehender Tabelle, dass der höchste Procentsatz der Heilungen in das 2. Decennium fällt und in den folgenden Decennien fortschreitend geringer wird.

Der Procentsatz der in Schwachsinn Uebergegangen steigt in den ersten Decennien, sinkt beträchtlich in den dreissiger Jahren, nimmt dann wieder zu und darauf ab.

Auch der Procentsatz der Gestorbenen steigt in den Decennien fortschreitend mit einer erheblicheren Steigerung im 4. Decennium und erreicht in dem letzten Decennium den höchsten Stand.

In der obigen Einleitung ist besonders betont worden, dass nur die Kranken berücksichtigt werden sollten, welche mit der Diagnose „Manie“ in die Anstalt kamen und wirklich an Manie litten. Unter „Manie“ verstehen wir eine besondere Form von Geistesstörung, deren Definition folgende ist: Die Manie ist eine Hirnkrankheit, welche characterisirt ist durch den krankhaft beschleunigten, ungehemmten Ablauf der Bewegungen in der motorischen wie psychischen Sphäre, durch weite Vorstellungskreise und dadurch, dass der Umsatz des Psychischen ins entsprechende Motorische sich mit ungehemmter Leichtigkeit vollzieht. Die Hauptsymptome der Manie sind: gehobenes Selbstgefühl, Ideenflucht mit motorischer Unruhe; nicht selten werden Sinnestäuschungen beobachtet.

Der gewöhnliche Verlauf einer Manie ist ungefähr folgender:

Digitized by Google

Nach einem mehr oder weniger langen melancholischen Vorstadium tritt mit mehr oder weniger raschem Uebergange das meist einige Monate andauernde Erregungsstadium ein, in welchem bei den Erkrankten Ruhe- und Schlaflosigkeit, Hallucinationen, Verwirrtheit, motorische wie psychische Unruhe und gehobenes Selbstgefühl in der verschiedensten Intensität beobachtet werden; danach kommt ein Stadium, in welchem die eben genannten Erscheinungen nach und nach in ihrer Intensität nachlassen, schliesslich ganz erblassen; zugleich zeigt sich ein Wechsel in der Stimmung; die Erkrankten sind meist noch üppig und heiter erregt, manchmal jedoch auch schon etwas gedrückter und trauriger Stimmung; darauf folgt ein melancholisches Reactionsstadium, welches nach kurzer Dauer in Genesung übergeht, die sich in vollständiger Klarheit und gutem Krankheitsbewusstsein kundthut.

Das melancholische Vorstadium kann ein sehr kurzes sein, kann aber auch Wochen- ja Monatelang dauern; für eine hinsichtlich sowohl der Heilung als auch der Dauer günstige Vorhersage ist die mittlere Dauer jenes Stadiums am vortheilhaftesten. Die Manieen, welche nach langem melancholischen Vorstadium entstehen, heilen für gewöhnlich verhältnissmässig langsam und seltener vollständig, als die mit mittellangem Vorstadium. Recht ungünstig gestaltet sich die Prognose, wenn die Dauer des Vorstadiums auf ein Minimum reducirt ist, wenn gleichsam die Krankheitssymptome der Manie plötzlich und heftig ohne nachweisbare Veranlassung bei ganz Gesunden auftreten; das sind für gewöhnlich sehr heftige Manien von langer Dauer und ungünstigem Ausgange. Eine Ausnahme machen die Manieen, welche in Folge und unmittelbar nach einer Kopfverletzung eintreten, und die eigentlichen Puerperalmanieen; diese setzen meist ohne vorhergehendes melancholisches Vorstadium ein und bieten, wie wir gesehen haben, eine günstige Prognose.

Das Erregungsstadium währt gemeiniglich 2—4 Monate; dauert es länger, so vergrössert sich die Gefahr, dass die event. eintretende Genesung eine unvollständige wird, dass ein mehr oder weniger grosser geistiger Defect zurückbleibt. Auch die Heftigkeit der Erregung und die Art des Gebahrens der Kranken ist bei der Stellung der Prognose zu berücksichtigen. Je heftiger die Erregtheit ist, desto schädlicher wirkt sie auf den Intellect; je weniger der Wirklichkeit entsprechend die Aeusserungen sind, je veränder-

Digitized by Google

ter das Wesen, das Ich des Kranken, sich zeigt, desto tiefer ist die Erkrankung; je anhaltender ferner und klarer bestimmte Wahnideen geäussert werden, desto mehr ist Gefahr vorhanden, dass dieselben langsam verschwinden oder sich festsetzen; je tiefer aber und schwerer die Erkrankung, desto ungünstiger die Prognose.

Dagegen muss der grössere Wechsel der Vorstellungen und der Umstand, dass die Aeusserungen der Kranken sich auf die Umgebung, auf Naheliegendes beziehen, als prognostisch günstig gedeutet werden. Andauernd gute Nahrungsaufnahme der Kranken während der Erregtheit lässt erwarten, dass ein zu fürchtender Collaps ausbleibt und die Körperkräfte — und damit die Widerstandsfähigkeit der Kranken — nicht allzusehr geschwächt werden; sie lässt auch die Hoffnung einer schnelleren und sicheren Heilung zu.

Wichtig ist es, wie das Stadium verläuft, in welchem die Erregungssymptome normaliter im Abklingen sind, in welchem ausgesprochener Stimmungswechsel sich zeigt. Fehlt es, tritt plötzlich Ruhe und Klarheit ein, so ist betreffs Stellung der Prognose auf restitutio ad integrum Vorsicht geboten; gar häufig gehen solche Manieen in Periodicität über oder lassen ein baldiges Recidiv befürchten. Am günstigsten ist es, wenn die Erregungserscheinungen allmählich an Heftigkeit verlieren, mit leicht melancholischen Verstimmungen abwechseln, indem nach und nach die letzteren vorwiegen, und schliesslich die Krankheitserscheinungen nach kurzem melancholischen Reactionsstadium, in welchem die Kranken sich matt und abgeschlagen fühlen, verschwinden und klarem Krankheitsbewusstsein und körperlichem wie geistigem Wohlbefinden Platz machen. Plötzliches Aufhören der Krankheitserscheinungen ist nur dann als prognostisch günstig anzusehen, wenn dasselbe durch Eintritt oder nach Ablauf acuter körperlicher Leiden entsteht.

Zieht sich jedoch das Stadium, in welchem sich der Uebergang von der Erregheit zur melancholischen Reaction zeigt, weit über einen Monat hinaus, so verschlechtert sich die Prognose; dann ist zu fürchten, dass das Uebergangsstadium sich gar zu sehr in die Länge zieht, dass die Manie zur chronischen wird und dass sich schliesslich secundärer Schwachsinn oder Blödsinn ausbildet, zumal wenn dann schon erheblichere Neigung zum Fettwerden der Patienten bemerkt wird.

Digitized by Google

Selbstverständlich nimmt das Körpergewicht im Stadium der Erregung ab und in der ruhigeren Zeit zu. Stellt sich die Zunahme des Körpergewichtes aber schon im Uebergangsstadium in erheblicher Weise ein, so ist das als ein ungünstiges Zeichen anzusehen.

Lähmungserscheinungen und Convulsionen deuten auf eine schwerere organische Erkrankung hin und sind prognostisch ungünstige Complicationen.

Wenn schon eine einmalige Erkrankung den Intellect gefährdet, wie viel bedenklicher ist dann eine zweite, dritte etc. Erkrankung?! Meistens kann man nach der zweiten Erkrankung einen geringen geistigen Defect und nach jeder folgenden eine Vergrösserung desselben constatiren; vor allem aber bei der periodischen Manie, zumal wenn die Erregungsstadien immer häufiger und die freien Intervalle kürzer werden. Fast bei allen mehrmals Erkrankten und bei allen periodisch Maniacalischen konnte von uns eine mehr oder minder grosse Abnahme ihrer geistigen Fähigkeiten festgestellt werden; vollständige Heilungen nach mehrmaligen Erkrankungen wurden nicht beobachtet.

Das Ergebniss unserer statistischen Berechnungen und unserer Beobachtungen ist folgendes:

1) Circa 70 pCt. aller Manien heilen mit einer durchschnittlichen Dauer von einigen Monaten.

2) Schnelle Ueberführung der Maniaci in eine Anstalt ist von günstigem Einfluss auf den Verlauf der Krankheit.

3) Hereditär-psychopathische Belastung ist nicht als ein ungünstiges prognostisches Moment anzusehen.

4) Manieen, welche in Folge körperlicher Leiden entstanden sind, Alkohol- und Puerperal-Manieen bieten in den meisten Fällen hinsichtlich sowohl der Dauer als auch der Heilung eine gute Prognose.

5) Kopfverletzung geringeren Grades als veranlassende Ursache der Manie ist prognostisch nicht ungünstig.

6) Wiederauftreten der Menses bei beginnender psychischen Besserung lässt baldige Genesung erwarten.

7) Je jünger das Individuum ist, desto grösser ist die Hoffnung auf Wiederherstellung.

8) Periodische Manieen bieten eine schlechte Prognose auf dauernde und vollständige Heilung dar.

Digitized by Google

9) Das längere Bestehen der Manie verschlechtert die Aussicht auf vollständige Heilung.

10) Plötzliches und heftiges Einsetzen der Erregungserscheinungen ist als ungünstig anzusehen, ausser bei den eigentlichen Puerperalmanieen und den Manieen, welche nach Kopfverletzung entstanden sind.

11) Plötzliches Aufhören der Erregungserscheinungen lässt den Uebergang in Periodicität oder ein baldiges Recidiv befürchten.

12) Ebenfalls erheblichere Zunahme des Körpergewichtes vor dem Eintritt des ruhigen Stadiums.

13) Je schwerer die Erkrankung ist, desto geringer ist die Aussicht auf vollständige Heilung.

14) Lähmungserscheinungen und Convulsionen sind als ungünstige Complicationen anzusehen.

15) Mehrmalige Erkrankungen gefährden den Intellect.

Zum Schluss sei es mir erlaubt auch an dieser Stelle, meinem hochverehrten Lehrer und früheren Chef, dem Geh. Sanitätsrath Herrn Dr. med. *Snell* zu Hildesheim für die bereitwillige Ueberlassung des Materiales und die liebenswürdige Ermunterung zu dieser Arbeit meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Digitized by Google

Ueber Zwangsreden.

Von

Dr. Otto Klinke-Leubus.

Der eigenartigen Form der Redesucht, deren Haupteigenthümlichkeit darin besteht, dass einzelne Laute, Worte, Satztheile oder ganze Sätze „in mehrfacher Wiederholung und dabei im scheinbaren Charakter einer Rede" ausgesprochen werden, ist zuerst von *Kahlbaum* in seiner Katatonie (p. 39) gedacht und die genannte Erscheinung von ihm als „auf einem klonischen Krampfe in den centralen Nervenbahnen beruhend" aufgefasst worden. Von andern Autoren ist dem Symptom der Verbigeration, wie es *Kahlbaum* zuerst nannte oder dem Zwangsreden, wie es allgemeiner bezeichnet wurde, im Ganzen wenig Beachtung geschenkt worden, einmal wohl deshalb, weil die Bestrebungen *Kahlbaum*'s überhaupt wenig gewürdigt, andrerseits die Fälle von Katatonie von den meisten Psychiatern entweder der Paranoia oder der hallucinatorischen Verwirrtheit zugerechnet oder endlich von Andern katatone Erscheinungen im Verlaufe mannigfacher Krankheitsprocesse angenommen wurde. *Westphal*[1]) erwähnt das Symptom des Zwangsredens ganz kurz unter Anführung eines Beispiels. *Meynert*, der bei aller Anerkennung der werthvollen, klinischen Beobachtungen *Kahlbaum*'s in der Katatonie nur eine besondere Verlaufs- und Ausgangsweise der hallucinatorischen Verwirrtheit sieht, spricht ebenfalls ganz kurz von der eigenthümlichen Redeweise der Kranken[2]): „Hierbei nimmt ihr Wesen manchmal einen Pathos an, welchen sie auch ihren,

[1]) Vortrag in der Berl. Med. Gesellsch. 1877 ref. im 8. Bd. des Arch. f. Psych.

[2]) Jahrb. f. Psychiatr. 1881, p. 184.

Digitized by Google

meist nur in abgebrochenem Zusammenhang vorgebrachten Aeusserungen verleihen." Ebenso *Konrad*[1]): „das Wesen der Kranken nimmt etwas Pathetisches an. Es wird in Begleitung von absonderlichen Gesten und theatralischen Geberden recitirt und declamirt, wobei zahlreiche Wort- und Silbenwiederholungen, oft auch ganz neue, offenbar nur dem Kranken verständliche Wortbildungen stattfinden. *Roller*[2]) führt an, dass das Sprechen in Zuständen stärkerer Erregung nicht selten in hohem Grade zwangsmässig erscheine und häufig einen frappant automatischen Eindruck mache. Indem er dann weiter eine eigenthümliche Art von temporärem Versagen der Sprache oder temporärem Einschieben ungewöhnlicher oder neugebildeter Worte erwähnt, welche Erscheinung er als „emotive Sprachstörung" bezeichnet, fügt er hinzu, dass die Worte vom Sprachmechanismus unabhängig vom Bewusstsein producirt würden und erst secundär zum Bewusstsein kämen. Die älteren Arbeiten von *Jacobi, Nasse, Snell, Krauss* etc., welche *Roller* citirt, können hier ganz übergangen werden, da sie für unser specielles Symptom Positives weiter nicht beibringen und nur den in einzelnen Fällen automatischen Charakter der Sprache statuiren, ohne eine weitere Erklärung dafür zu geben. *Hecker*[3]) erwähnt das Symptom der Verbigeration garnicht, *Brosius*[4]), der *Dagonet* citirt und bei ihm zuerst eine Andeutung des Symptoms der Verbigeration findet, begnügt sich mit der kurzen Beschreibung und der Anführung von Beispielen, giebt aber keine genauere Deutung und Abgrenzung desselben. Er erwähnt beiläufig das Vorkommen von Verbigeration bei einem Paralytiker. Nur *Kandinsky*[5]) geht auf das unwillkürliche, zwangsmässige Sprechen in etwas genauerer Weise ein und erörtert das Vorkommen desselben bei Katatonikern, bei Exaltationszuständen und bei der acuten (resp. subacuten) hallucinatorischen Verrücktheit in mehreren Beispielen. Während

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 16, S. 526.

[2]) Ztschr. f. Psych. 42. Bd. p. 6 ff.

[3]) Zeitschrift für Psych. Bd. 33, S. 603.

[4]) Ebenda, S. 770, 780.

[5]) Klin. u. kritische Betracht. im Gebiete der Sinnestäuschungen p. 111.

Die Arbeiten von *Kiernan* und *Jensen* über die Katatonie liegen mir nur in den Referaten vor (Ztschr. f. Psych. Bd. 41, S. 52), scheinen aber das Symptom der Verbigeration ebenfalls nicht besonders zu berücksichtigen.

Digitized by Google

er in den einfachen Fällen der Verbigeration eine „automatische Aeusserung des Stimmapparates erblickt einzig Kraft der selbständigen Erregung der Ganglienzellen im motorischen Sprachapparate der Hirnrinde", nimmt er für andere Fälle einen „mehr intellectuellen Ursprung der Verbigerationsäusserungen an und für die Exaltationszustände ausser der Erregung im Gebiet des Vorstellens noch eine gesteigerte Erregbarkeit im centralen motorischen Sprechapparate". Die Angaben der Lehrbücher sind äusserst dürftig und mangelhaft. Namentlich wird die theoretische Seite in keiner Weise näher berücksichtigt[1]).

Weitere, eingehendere Beachtung hat dem genannten Symptom erst *Neisser*[2]) geschenkt und, indem er die genauere klinische Abgrenzung desselben versuchte, nachgewiesen, dass es auch bei andern Formen der Psychosen, namentlich bei der Epilepsie, bei der Paranoia und Paralyse in ähnlicher Weise zur Beobachtung kommt. Er sieht als Hauptursache für die Verbigeration (wie für das Symptom des constanten Schweigens oder des Mutacismus) eine mehr oder weniger hochgradige Gebundenheit oder Hemmung an (p. 37) so zwar, „dass bei einer erheblichen Hemmung der Sprache diejenigen Bahnen, welche bereits durch einen mächtigen Impuls einmal frei gemacht worden sind, auch für die nächste Folge gangbarer bleiben und deshalb bei fortgesetztem Redetrieb immer wieder benutzt werden." Der Gebundenheit und Hemmung gegenüber, wie sie bei den sogenannten Katatonikern zur Beobachtung kommt, statuirt er für das Zustandekommen der bei Paranoikern beobachteten Fälle von Zwangsäusserungen „einen bestimmten, sich gleichbleibenden, auf den Sprachapparat ausgeübten Reiz (S. 34) mit der weiteren Bedingung, dass derselbe seine Wirkung auch ungehindert zur Entfaltung bringen kann". Dabei kann dann, wie er hervorhebt, das äussere Gepräge der Zwangsäusserungen der Paranoiker eine so grosse Aehnlichkeit mit dem von *Kahlbaum* aufgestellten Symptom der Verbigeration haben, dass man in diesen Erscheinungsformen geradezu „den klassischen Typus der Verbigeration zu erkennen glauben kann". Indem ich wegen der weiteren Abgrenzung des Symptoms, das Vorkommen von Pseudoverbigerations-

[1]) S. *Krafft* S. 109, *Schüle* S. 209, *Kräpelin* S. 338.

[2]) Die Katatonie p. 13, derselbe: Ueber das Symptom der Verbigeration, Ztschrift für Psych. Bd. 46.

Digitized by Google

formen etc. auf die ausführliche Darstellung der letztgenannten Arbeit selbst verweise, möchte ich nur auf diese Sonderung der eigentlichen Verbigeration der Katatoniker von der scheinbar echten der Paranoiker oder dem äusserlich ganz ähnlichen Zwangsreden gewisser Formen der Paranoia kurz zurückkommen. Entgegen dieser gesonderten Auffassung der beiden letztgenannten, im äusseren Typus ganz ähnlichen Erscheinungen des Zwangsredens hat nämlich *Cramer*[1]) namentlich gestützt auf die *Meynert*'schen Anschauungen und die Arbeiten *Solbrig*'s, *Stricker*'s und Anderer das Zwangsreden, ebenso wie die Zwangsvorstellungen und das sogenannte Gedankenlautwerden auf einen hallucinatorischen Erregungsvorgang in der Bahn des Muskelsinns zurückgeführt und das theils isolirte, theils combinirte Vorkommen der genannten Symptome als hauptsächlich gewissen Formen der Paranoia eigen theoretisch und klinisch nachzuweisen gesucht. Er betrachtet alle Fälle von Zwangsreden von diesem Gesichtspunkte aus und negirt die Sonderaufstellung einer eigentlichen katatonischen Verbigerationsform wie die Sonderstellung der Katatonie überhaupt.

Ein genaueres Eingehen auf die letztgenannte Arbeit muss ich mir ebenfalls an dieser Stelle ausdrücklich versagen. Ich habe hier nur kurz die hauptsächlichsten, in der Literatur vorhandenen Angaben über das Zwangsreden und die bisher aufgestellten theoretischen Erklärungsversuche in nuce recapituliren wollen, um eine Grundlage für das Verständniss und die Diagnose eines interessanten, in der hiesigen Anstalt zur Beobachtung gekommenen Falles von Zwangsreden zu gewinnen, dessen Krankengeschichte ich nun mittheilen will. Vorausschicken möchte ich, dass die Kranke, eine 70jährige Frau selbst wohl eine ziemliche Einsicht erlangte, indessen bei ihrer im ganzen deutlich abgeschwächten Intelligenz und ihrer erheblichen Schwerhörigkeit trotz wiederholter späterer Erhebungen aus der Erinnerung wenig Positives anzugeben wusste und sich nur des lebhaften Zwanges, sprechen zu müssen, erinnerte, während sie über den Inhalt der gleichzeitig beobachteten Hallucinationen und wahnhaften Vorstellungen ebenfalls nur wenig Angaben machen konnte. Auf der Höhe der Krankheit gelang es nicht immer, sie in ihren Reden zu unterbrechen oder auf einen

[1]) Die Hallucinationen im Muskelsinn 1889.

Digitized by Google

Moment zu fixiren. War Letzteres möglich, dann zeigte sich, dass ihr der Wortschatz unvermindert zu Gebote stand und sie unbehindert im Zusammenhang sprechen konnte. Doch fiel sie stets bald wieder in ihre, dieselben Worte in häufiger, oft bis zehn-, bis zwanzigfacher Wiederholung aufweisende Redeweise zurück. Manchmal, indessen nicht häufig, gelang es, sie beim Sprechen durch Vorhalten einzelner Gegenstände oder Berühren an einzelnen Körperstellen von dem gewöhnlichen Gedankengange abzulenken, so dass sie die einzelnen neuen Begriffsbezeichnungen in ihre Rede verflocht und mit denselben Wortwiederholungen vortrug, doch kam sie auch dann immer wieder bald auf den früheren, eng begrenzten Wortschatz zurück. Die Redeweise selbst war im Ganzen deutlich verlangsamt, pathetisch, die Stimmung meist eine gehobene, leicht maniakalische, zuweilen mit plötzlichem Uebergang in eine kurzdauernde melancholische Depression. Die äussere Haltung der meist im Bett sitzenden Kranken war im Ganzen eine etwas steife und andauernd ziemlich gleichbleibende, die die Rede begleitenden Gesten waren einförmig und bestanden meist in Heben und Senken der Arme und Drehen oder Schütteln der Hände. Irgend welcher Widerstand bot sich in der Musculatur nicht und selten zeigten sich Spuren von Flexibilität. Die von ihr mit Vorliebe gebrauchten Worte und Satzconstructionen tauchten auch später noch, als sie bereits in der Besserung zu betrachten war, wiederholt auf und erinnerten deutlich an die einzelnen, während der Höhe der Krankheit geäusserten zwangsmässigen Gedankenverbindungen. Das Hauptinteresse der Krankengeschichte concentrirt sich in zwei während der Acme des Krankheitsprocesses niedergeschriebenen Stenogrammen[1]), die in ihrer Ausführlichkeit zur Genüge ein Bild von dem eigenthümlichen Charakter der Rede-

[1]) welche ich der Güte meines Collegen, des Herrn Dr. *Neisser*, verdanke.

Anmerkung. Die ausführliche Wiedergabe der Stenogramme halte ich deshalb für berechtigt, weil in den meisten Arbeiten das Symptom des Zwangsredens, bezw. der Verbigeration nur sehr kurz und mangelhaft oder gar nur in indirecter Rede zur Darstellung kommt. „Das Symptom verlangt aber unter allen Umständen ein wortgetreues, directes Referat“ (s. *Neisser*, über das Symptom der Verbigeration, Ztschr. f. Psych. Bd. 46).

Digitized by Google

weise geben dürften. Das Verhalten der Patientin an den übrigen Tagen werde ich mit möglichster Kürze und nur so weit, als es zum Verständniss des Falles nothwendig ist, mittheilen.

Karoline H., geb. d. 30. October 1820, evangelisch, Tagearbeiterfrau, verheirathet.

Aufgenommen den 9. September 1889.

Genesen den 2. April 1890.

Wiederaufgenommen den 20. Mai 1890.

Angeblich früher nie erheblich krank gewesen, indessen seit fast 20 Jahren schwerhörig. Oefters Klagen über Schwindel, Sausen und Dröhnen im Kopfe. Vor drei Jahren Gürtelrose, im Anschluss daran ca. 8 Wochen tobsüchtig. Genas zu Hause wieder und blieb gesund bis zum 20. August 1889. Von da ab ängstlich, agitirt, arbeitsunlustig, schlaflos. Auch während der Ueberführung in die Anstalt sehr unruhig.

Patientin präsentirt sich als eine stark abgemagerte Frau, mit zahlreichen Runzeln und ängstlichem Gesichtsausdruck. Sie sitzt im Bett, schaut gerade vor sich hin ins Zimmer, hat die Beine an den Oberkörper angezogen, die Hände zusammen gefaltet über die Knie gelegt. Spricht laut, scandirend, mit scharfer Betonung, wie zwangsmässig, ficht mit den Armen lebhaft in der Luft herum, fährt öfter rasch mit der Hand über die Stirn und Kopfhaare:

„Die Ruhe — und Schuhe — die Ruhe und Schuhe — bezieht — ja schon — die ganze — Welt — — zurück — zurück — zurück, zurück — Ruhe, Ruhe, — zurück — rückt rein — rückt raus — bewegt, bezieht — zieht hin — zieht her — und eure Ruhe — und eure Schuhe — bezieht ja nicht die Ruhe — zurücke — zurücke — zurücke — zurück in die Welt, zurück aus der Welt — und in das Zelt — und in die Welt — und auf das grosse — Weltgericht — zurücke, zurücke etc. (20 mal) — das rädert, das radert — das federt — das fadert — geht in die Höhe — geht hin — geht her — sinnt hin — sinnt her — betrachtet die Ruhe und eure Schuhe — betrachtet — die Welt und eure Schuhe — halt — halt — zurücke — rückt aus der Welt — rückt in die Welt — vor Eure Ruhe — vor Eure Schuhe — weg — weg (entsprechende abwehrende Bewegungen mit den Händen) zurücke — weg Euer Weltgetümmel — ich wähle — mir — ja nur — den Himmel — Welt — Hölle — Welt — — Hölle — Ruhe — Ruhe — Schuhe . . .“ etc. Als ihr die Hand gereicht wird, fasst sie mit beiden Händen darnach, hält sich daran fest, spricht weiter. Unterhaltung mit ihr durch ihre erhebliche Schwerhörigkeit sehr erschwert. Auf dem linken Ohre hört sie gar nichts. Sie giebt auf Fragen immer nur mit denselben Worten, wie bereits angeführt, Antwort, schwenkt mit den Händen in der Luft, fährt mit der Hand über die Haare, blickt mit weitgeöffneten Augen gerade vor sich in die Stube. Auf die Aufforderung, stille zu sein, legt sie sich um, spricht nach einiger Zeit leise weiter.

Digitized by Google

10. Sept. Hat auch die Nacht über bald laut, bald leise in derselben Weise, wie gestern, gesprochen und meist im Bett gesessen.

11. Sept. Anhaltendes Sprechen, durch lautes Anrufen auf kurze Zeit jedesmal zu unterbrechen. Die Rede bewegt sich stets in denselben Worten; hauptsächlich kehren die Worte: „Ruhe — Bitte — Welt — zurücke“ wieder. Nachmittags gelingt es, sie einmal auf längere Zeit zu unterbrechen. Sie ist sehr erstaunt, als ihr mitgetheilt wird, sie sei in Leubus, schüttelt verwundert mit dem Kopfe, sieht den Arzt überrascht und erstaunt an. Erzählt weitschweifig, dass sie den lieben Gott und ein grosses Getümmel in einem grossen Kessel gesehen habe, es sei alles vom lieben Gott bestellt. Frägt: „Gelt, Sie sind der liebe Gott?“ Spricht dann weiter wie früher.

13. Sept. Weiss heut, wo sie sich befindet. Spricht im Laufe des Tages weniger und nicht mehr so laut.

15. Sept. Sprach gestern und heute, wie früher, immer in denselben Worten mit scharfer Betonung und Absetzung der einzelnen Worte und Sätze. Legt man ihr den Finger auf den Mund, dann legt sie sich um und schweigt still. Ihr vorgezeigte Gegenstände bezeichnet sie richtig, weiss auch, dass sie in Leubus ist, erklärt, sie sei im Kopfe krank, es saust und poltert darin, namentlich vor dem rechten Ohre.

16. Sept. Spricht heut wenig. Erscheint leidlich orientirt. Wünscht nach Hause.

18. Sept. Sprach heute und gestern wieder sehr viel in der erwähnten, zwangsmässigen Weise. Klebt an den einzelnen Worten, scandirt stark, zeigt häufigen Stimmungswechsel.

21. Sept. Anhaltendes Sprechen.

23. Sept. Tag und Nacht störend durch fortwährendes Sprechen.

24. Sept. (Stenogramm): „Da ist der letzte Zweck, denn meine Ruhe ist bestellt, im Himmel, im Himmel, auf der Welt, da weint man nur — noch Freudenthränen (wischt sich die Augen). Euer lieber Sohn ist schon zurück, nach Leipzig ist er schon bedrückt, nach Leipzig ist er schon vermeldt, nach Leipzig ist er schon bestellt. Und Ruhe, und Ruhe — und alle Ruhe — geht rein — geht raus — was Gott gefällt — und geht in Eure Ruhe; nach Bersdorf, nach Bersdorf, nach Bersdorf — find ich — alle Kinder — und alle gutgesinnten Leute — und alle gutgesinnten Leute — die sind mir schon entgegen, die sind mir schon entgegen und warten schon auf meine Ruhe, auf meine Ruhe, in Bersdorf bin ich ja entflohn, in Bersdorf bin ich ja entflohn — und weiss nicht aus und ein, das ist ja schon von Gott vermeldt und ist ja schon von Gott vermelt und alle — und alle — und alle (15 mal wiederholt) gutgesinnten Kinder, und alle gutgesinnten Leute, und alle, und alle gutgesinnten Leute — (plötzlich leiser) Ruhe — Ruhe (5 mal) Ruhe ins Bett, Ruhe, Ruhe ins Bett. Ruhe, Ruhe ins Bett, Ruhe. Ruhe ins Bett, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, ins Bett, Ruhe, Ruhe, ins Bett. — Hier ist der letzte Zweck und auch der erste, der mich in Ruhe hat gebracht, in meine Ruhe

Digitized by Google

bin ich ja entflohn, meine Ruhe, meine Ruhe, meine Ruhe ist schon von Gott vermeldt — hier ist die letzte Ruhe, hier ist die letzte Ruhe und auch die erste, hier bin ich ja entflohn, und auch wieder die Ruhe gebracht (weint). Mischt Eure Freudenthränen in die himmlische Ruhe und bringt die Ruhe — durch Gott — durch Gott (noch zweimal) durch Gott ist alles verbannt — und alle Welt — ein Ende rief — und alle Welt — und alle Welt zur Ruhe brachte — und alle Welt (5mal) zur Ruhe brachte, zur Ruhe — zur Ruhe (8mal). Hier ist dieselbe Ruhe — der jüngste Sohn — der ist bestellt, der ist vermeldt, der ist bestellt. Und dort, liebe Mutter, hat nur die verdeckte Putter, hat nur die verdeckte Putter und die verdeckte Quelle und die verdeckte Quelle, Ruhe, Ruhe, Ruhe — hier liegt die Ruhe auf meinem Sohn, der ist von alles in die Welt, Ruhe, Ruhe in die Welt — Ruhe, Ruhe, aus der Welt, Ruhe, Ruhe in die Welt, Ruhe, Ruhe aus der Welt, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, ins Bette, Ruhe, Ruhe ins Bette, Ruhe, Ruhe ins Bette, ins Bette bin ich, ins Bette bin ich, ins Bette bin ich reingeflogen, ins Bette bin ich rausgeflogen, ins Bette bekleidet meine Ruhe, und nur die himmlische Ruhe, die himmlische Ruhe, die letzte Ruhe. (es wird ihr Geld gezeigt) Auf der Welt, geht ein und aus, geht rein in euer Haus, ein reines Herz, ein ruhiges Gewissen, das ist ein sanftes Ruhekissen. Geht ein, geht aus, was Gott gefällt, geht nun zur Ruhe und bleibt in Ruhe, in alle Welt, bestellt nur eure Ruhe — eure Ruhe ist schon von Gott bestellt und eure Ruhe ist schon von Gott vermeldt. Und eure Frau ist die bekannt zu letzte, und die bekannt zu letzte, vor mich ist sie bestellt, die bekannt die letzte Ruhe, die letzte Ruhe — im Himmel, im Himmel, im Himmel bereitet mir die letzte Ruhe, im Himmel, im Himmel ist sie schon bestellt und auf der Erde, und auf der Erde Ruhe, Ruhe, Ruhe, und auf der Erde Ruhe — Ruhe, Ruhe. Und Euer lieber Sohn ist schon bereit in alle Ruhe und alle Ruhe und in der Welt und auf der Welt und in die Welt und auf der Welt und geht mit mir und geht mit mir und geht mit mir . . . (7mal) nach Bersdorf, nach Bersdorf — bin ich auf der Welt — bin ich auf der Welt (6mal) — bin ich aus der Welt entflohn, entflohn, in meine Ruhe entflohn, in meine Ruhe (d. Arme werden hoch gehoben, bleiben eine Zeitlang in der ihnen gegebenen Stellung, allmählich lässt sie dieselben wieder sinken) in meine Ruhe-Kammer, in meine Ruhe-Kammer, bestellt mir die Ruhe, bestellt mir die Ruhe, in Striegau bin ich eingekommen, in Striegau bin ich eingekommen, in Striegau bin ich schon bestellt, das ist die letzte Stelle gewesen, das ist die letzte Stelle, das ist die letzte Stelle (der Kopf wird berührt) der Kopf, der Kopf, der Kopf, in Ruhe, der Kopf in Ruhe, das Ohr in Ruhe, das Ohr in Ruhe, Ruhe (legt sich um, deckt sich zu) bedeckt nur eure Ruhe, bedeckt nur eure Ruhe, eure Ruhe, Ruhe, Ruhe, eure Seelenruhe, eure Seelenruhe, und eure Seelenruhe bringt mich zur Ruhe, bringt mich zur Ruhe, nach Bersdorf, nach Bersdorf, bin ich geflohn, in Striegau bin ich rein, bestellt nur meine Ruhe (Hände in die Höhe, gefaltet) be-

Digitized by Google

stellt nur die letzte Ruhe, nach Bersdorf, nach Bersdorf, nach Bersdorf bin ich in die Welt, in die Welt, und in die Welt und aus der Welt, und in die Welt und aus der Welt, und in die Welt und aus der Welt (beide Arme wieder in die Höhe) in meine letzte Ruhe, in meine letzte Ruhe (es wird ihr Schweigen geboten, ist sofort still. Beim Arm berührt, fängt sie wieder an): Nach Bersdorf bin ich aus — aus — aus (15 mal wiederholt) die Ruhe, die Ruhe (8 mal) mir schon bestellt, die Ruhe, die Ruhe, die Ruhe, geh ich aus der Welt, in alle Welt, geht aus der Welt, in alle Welt, in Ruhe, in Ruhe, in Ruhe, in Ruhe, bestellt nur meine Ruhe, in alle Ruhekammer und dort wird schon der liebe Gott mich — in mich — in meine letzte mich, in in; in in; in in; (mit modulirter Stimme, aber immer zwei Wörter zusammengehörig, noch 18 mal), in meine letzte Ruhe, in meine letzte Ruhe, der Ruhe entgegen, geht schon der Seelenruhe, geht schon der Seelenruhe, der Seelenruhe entgegen und bleibt in Ruhe, und bleibt in Ruhe, in Ruhe (9 mal) bestellt die Ruhe, in Ruhe, bestellt die Ruhe, die Ruhe, die Ruhe, bestellt die Ruhe, in eurer Ruhekammer — in eurer Ruhekammer, in eurer Ruhekammer, bestellt er euren Jammer, bestellt nur in die Welt, bestellt nur in die Welt, die letzte Ruhe ist schon von Gott vermeldt, geht ein und aus, geht ein und aus, bestellt die Ruhe, in meiner letzten Stube, Ruhe geht in die Welt, geht aus der Welt, bestellt die Ruhe, zerreisst die Schürze, zerreissen die Bilder — zerreissen die Bilder — geht nur in eure Welt, bestellt die Schüssel, bestellt die Schüssel, ich bestelle mir die letzte Quelle, die letzte Quelle ist schon bestellt, das Brot, das Brot ist schon vermeldt, und meinem Mund entzogen, hier ist die letzte Quelle, die bringt mir schon die Semmel entgegen, und bestreicht sie schon mit Butter, hier ist Hunger genug gelitten, hier ist Hunger genug gelitten, die Ruhe, die Ruhe ist schon bestellt, von Gott und Gott — und Gott — und Gott — in Ruhe — in Ruhe — die Welle — die Quelle, die Welle, die Welle rückt — die Welle rückt, die Welle rückt empor, zwischen meiner, zwischen meiner (9 mal) letzten Ruhe. (Zu wem haben Sie gesprochen?) Ich weiss doch nicht, ich kenne noch keinen nicht, bekenne doch meine Ruh in Unschuld, mit Unschuld bin ich reingekommen, mit Unschuld geh ich wieder in meine Ruhe, meine letzte Ruhe, die letzte Ruhe ist schon bekannt, die letzte Ruhe ist schon bekannt, und bleibt in Ruhe, und bleibt in Ruhe, und bleibt in Ruhe, und mein lieber Sohn geht auch zur Ruhe, zur Ruhe, nach Bersdorf haben mich bestellt, und ich weiss doch nicht, wo ein, wo aus, im Himmel, im Himmel, im Himmel und in der Welt und auf der Welt und in der Welt und auf der Welt (noch 3 mal) Ruhe, Ruhe.

(Wie geht es Ihnen?) Es geht ja noch; Ich muss ja, ich bin ja schon von Gott bestellt und eure Ruhe, der liebe Gott bestellt mich schon in letzter Ruhe, und die letzte Ruhe, geht in die Ruhe, die Frau, die Frau ist schon bestellt, die bleibt, die bleibt bekannt, allein, allein, allein, bestellt die Ruhe, die Ruhe ist schon von Gott bestellt, zurück in meine alte, in meine alte Ruhe, zurück zu meinem alten Vater, da ist schon die Ruhe bestellt,

Digitized by Google

und auch die Ruhe nimmer vermeldt, Ruhe, Ruhe, Ruhe, Ruhe, in die Welt, Ruhe, Ruhe in die Welt, Ruhe, Ruhe in die Welt — und rein, und rein — und rein — und rein — in die Welt und aus der Welt und in die Welt und aus der Welt und rein in die Welt."

26. Sept. (Stenogramm): „Im Himmel, im Himmel und auf Erden, ich brauche keine Wache, ich brauche keine Wache, ich brauche keine Wache, ich gehe zur Ruhe, zur Ruhe mit Gott, mit Gott (noch 3 mal) verbunden ist alles, ist breit, und, und mein Herz, und mein Herz und die Schürze und die Schürze und die Bilder, reisst alles entzwei, reisst alles entzwei, reisst alles entzwei, die schmeisst es in alle Welt und schmeisst in alle Welt — Ruhe, bitte Ruhe — bitte Ruhe, Ruhe, ich bin ja nur, ich bin ja nur nach Striegau halb ein geflohn, und in Striegau und in Striegau soll wieder in meine alte Ruhe, zu meinem alten Vater, der ist schon 73 Jahre und passt doch mit Freudenthränen auf seine liebe Mutter, die bringt mir das Frühstück ins Bett und bestellt mir alle meine Ruhe ins Bett, ach lieber, ach lieber Gott, ach lieber Gott, ich bitte Dich, ein frommes Kind lass werden mich. Ruhe, Ruhe, ins Bett, Ruhe, Ruhe ins Bett, bitte Ruhe ins Bett, Ruhe, Ruhe ins Bett, ruhe sanft, ruhe sanft (10 mal), sanft sanft (5 mal) bitte sanft (sanft noch 5 mal) Ruhe, Ruhe, bitte, sanft, sanft, sanft, Ruhe, Ruhe sanft, sanft Ruhe, sanft, sanft, Ruhe, Ruhe (6 mal) Ruhe sanft (6 mal) Ruhe (12 mal), die sanfte liebe Gott bestellt, bestellt, die Ruhe und die Ruhe . . . (schweigt, dann in etwas anderem Tone): es ist gleich halb sechs, ich bin nicht mehr gut, weil ich schon so alt bin, Ruhe, Ruhe im Himmel, Ruhe im Himmel und auf Erden (ein ihr gereichtes Messer ergreift sie) Ruhe, Ruhe, im Himmel und auf Erden. Ruhe, Ruhe (6 mal, dabei immerfort das Messer beobachtend) Ruhe, Ruhe im Himmel (erhält Schlüssel in die Hand) ich schliesse, die Schlüssel, die Schlüssel ist schon von Gott vermaledeit, und, und vom lieben Gott bestellt, und vom lieben Gott bestellt, die Schlüssel, die Welle, die Speise, die Speise, die Speise ist schon vom lieben Gott vermaledeit (dabei immer die Schlüssel haltend), die Quelle, die Quelle (8 mal) Ruhe, Ruhe, bitte die Quelle, die Quelle (ein Tuch wird ihr vor Augen geführt) die Quelle ist schon von Gott vermaledeit, die Quelle, die Quelle rückt in die Sümpfe, die Sümpfe ist schon lange bestellt, das Tischtuch ist von Gott vermaledeit — und bringt mir unsere Ruhe (3 mal) — im Bette, Bett (nimmt das Tuch) Ruhe, Ruhe, ins Bett, Ruhe, Ruhe, Ruhe rein, zwischen meinem alten Vater, der bringt mir ja, der bringt mir ja alles in das Bett, da Ruhe ist ob einer besten Stelle, hier liege ich ja — wie — wie — wie (6 mal) Holz, wie Holz liege ich in meinem Bette, in meinem Bette, in meinem Bette, bessere Ruhe, bessere Ruhe ist schon bestellt, der liebe Gott wird bei uns sein und wird bei uns wohnen, dort droben hab ich Seligkeit, da ist die Frau im Stuhl breit, dort droben wird sie sitzen, dort droben will sie sitzen, wir warten nur, wir warten nur auf unsern Jesu Christum, Ruhe, Ruhe, ach Jesus Christus, Gottes Stimme (die vorher in die Höhe gehobenen Arme bleiben lange Zeit in der Höhe).

Digitized by Google

(Frau H. haben Sie schon Hunger?) O ja, mich hungert immer sehr, mich hungert immer sehr nach Speise und reicht dem lieben Gott empor, Ruhe, Ruhe, Ruhe, der liebe Gott speist alle Ruhe, der liebe Gott speist alle Ruhe und hebt nur Eure Ruhe, und hebt nur Eure Ruhe (das Taschentuch wird gehoben) und wischt nur eure Thränen (weint) und eure Freudenthränen und hebt nur eure Ruhe und bestellt nur eure Ruhe im Himmel und auf Erden, da ist die beste Ruhe (senkt die Arme) und senkt nur auf die Erde und senkt nur in der auf die Erde, hier alles gut bestellte Ruhe, Ruhe, bitte (wird angetupft, ist ruhig) (wird an der Hand geschüttelt): Gute Nacht, gute Nacht, ich bete, ich mache, ich bitte zu Ruhe, ich bitte zu Ruhe (am Arme gefasst, hört sie zu sprechen auf. Pause. Wird an der Hand geschüttelt, fängt wieder an): zu Ruhe, zu Ruhe, ich bete zu Ruhe, in Gottes Hand (wird umgelegt und ihr auf den Mund gedeutet, ist sofort ruhig. Aufgesetzt beginnt sie sofort wieder): Es ist, es redet, es plaudert noch immer im Kopfe, im Kopfe wird noch nicht Ruhe, im Kopfe wird noch keine Ruhe, die bleibt im Kopfe, die bleibt im Kopfe und bestellt die letzte Ruhe und bestellt die letzte Ruhe im Himmel, im Himmel und auf Erden, da ist die letzte Ruhe. (Wie lange wollen Sie noch sprechen?) Wie es von Gott bestellt, wie es vom lieben Gott bestellt, ich sollte nicht mehr sprechen. (Der liebe Gott hat es nicht bestellt) Erstaunt: Nicht? Der liebe Gott bestellt mir alles in der Welt, der liebe Gott, der liebe Gott bestellt die ganze, die ganze, ganze Welt, wenn nicht ein Gott im Himmel wäre, was sollte mit den Leuten werden — der liebe Gott wird bei uns sein, der liebe Gott wird bei uns wohnen, dort droben, dort droben in der Seeligkeit, da ist die Frau im Stuhl bereit, die sitzt ja droben und ich bin von Gott bestellt und bleibe in Ruhe und schweige in Ruhe. (In etwas verändertem Tone) Ich bin satt, ich habe schon zu viel gesprochen: (Sind Sie doch still!) Ist ruhig.

29. Sept. Sprach in den letzten Tagen und auch heute noch sehr viel, wie früher.

2. Oct. Seit gestern liegt sie meist ganz still da oder lispelt nur. Man versteht auch jetzt noch die immer wiederkehrenden Worte: Ruhe — Ruhe. Bitte.

3. Oct. Auf die Frage nach ihrem Befinden: Besser, besser.

5. Oct. Besser — besser — es urbert nicht mehr so — im Kopfe. (Wo sind Sie denn?) „Nu ich denke, in Striegau?“ Will es zuerst gar nicht glauben, dass sie in Leubus ist.

7. Oct. Klagt über schlechten Schlaf und Klingen im linken Ohre. „Das muss wohl vom lieben Gott so bestellt sein.“ Auf die Frage, warum sie immer soviel gesprochen habe, anwortet sie: Es kamen mir halt immer eine solche Menge Gedanken im Kopfe und da musst ich sprechen: Ruhe — Ruhe — als wenn mirs jemand vorsagte.

9. Oct. Im Allgemeinen ruhig, orientirt, indessen noch sehr gesprächig und neugierig.

Digitized by Google

10. Oct. „Es saust wieder so im Kopfe, ich weiss nicht, was das mag sein, das muss wohl vom lieben Gott so bestellt sein. Ich bleib' in meiner Ruhe im Bette und da denk' ich, es wird doch wieder werden."

15. Oct. Sie hat soviel sprechen müssen, es war ihr immer so, als wenn es ihr Jemand vorsagte. Jetzt komme nur noch öfter, namentlich Abends ein Gefühl von Beklemmung auf der Brust und im Kopfe sausts noch.

In den nächsten Wochen kam die Kranke völlig in die Remission und bot etwas besonders Auffälliges in ihrem Verhalten nicht mehr. Nur der Schlaf blieb noch lange schlecht, auch das Sausen im Kopfe verlor sich nicht. Ein schwerer, im Januar acquirirter Anfall von Influenza brachte Patientin körperlich sehr herunter und auch psychisch kam sie nicht mehr zu der Frische, die sie vor Weihnachten gezeigt hatte, bot aber sonst Abnormes im Verlauf der nächsten Monate nicht mehr und konnte daher bei der am 2. April 1890 erfolgenden Entlassung immerhin als individuell genesen bezeichnet werden.

Bereits 6 Wochen später musste die Kranke wieder aufgenommen werden. Sie war sehr erregt und sprach ideenflüchtig, zeigte aber diesmal keine Spur von Verbigeration. Nach etwa 14 Tagen trat eine erhebliche Remission ein, die bis Anfang Juli andauerte. Dann begann Patientin abermals erregter zu werden, durchsuchte häufig ihr Bett, beschwerte sich über die andern Kranken, die ihr Vorwürfe machten und wurde schliesslich total verwirrt und unzugänglich. Zeiten grosser Geschwätzigkeit wechselten mit stuporösen Zuständen ab, tagelang kamen einförmige Zwangsbewegungen zur Beobachtung. Seit Anfang August besteht wieder grössere Klarheit, doch fehlt jegliche Krankheitseinsicht. Die Kranke bleibt überzeugt davon, dass sie von einem Mann unter ihrem Bett gestochen und gequält worden ist und dass der eine Arzt hierselbst schuld an ihrem Leiden sei.

Ich theile kurz auszugsweise aus der Krankengeschichte[1]) folgendes mit.

18. Sept. „Es ist doch ein Mann hier, der sticht mich immer in die Seite und der spricht manchmal die ganze Nacht; Wille, Wille, und dann Kalupp, Kalupp und dann geht es wieder wie eine Dampfmaschine."

23. Sept. „Gelt ich hab doch nichts verbrochen, das ist lauter üble Nachrede, die Leute können mir alle nichts nachsagen! Die haben mich ins Unglück gestürzt."

9. Oct. „Wie kommt denn das, ich bin so verachtet? Warum muss ich denn gar so viel leiden? Ich muss unschuldig sterben, wie unser Herr Christus."

11. Oct. „Meine Gedanken waren halt immer fort, wie bei den andern Geisteskranken."

---

[1]) Nach Aufzeichnungen meines Collegen Dr. *Schubert*.

Digitized by Google

19. Oct. „Schaffen Sie doch meine zugebrachten Leiden wieder weg! (Wer hat sie denn zugebracht?) Die Herrn Doktors. Der eine Herr Doctor macht mir auch alle Stimmen. Es wird gedreht, so wie das erste Mal, dass ich immerfort sprechen musste.“ (Was heisst das „gedreht?“) „Es war immer zuvor, die fragten es mich ab und da musste ich immer wieder sagen. Ich habe auch den lieben Gott gesehen, er sah aus, wie unser Herr Christus und die Mutter Gottes sass bei ihm auf einem Stuhl.“ (Mussten Sie denn immer so sprechen?) „Es war halt so, als spräche die eine Frau gegen mich. Da oben war es, wo es immer so spiesste unterm Bett, wie mit 1000 Nadeln . . . Der Mann aus Bersdorf hat heut wieder gesprochen, er sagte ganz leise immer lolo lolo, die Stimme kenne ich doch. Es arbeitet dann im Kopfe und im Ohre. Wie habe ich es denn bei Gott verschuldet? Der Mann kann doch nicht immer hier sein, er hat doch zu Hause zu thun und ich hörte es doch sprechen: Hier hats a Heffel, da hats a Heffel, immer ganz laut.“

20. Oct. „Ich bin doch kein Verbrecher nicht, ich bin doch kein Sträfling nicht, dass Sie mich doch gar nicht erlösen. Meine Krankheit ist es nicht, dass ich doch gar so viel muss tragen. Das nimmt ja kein Ende nicht. Das spricht gleiche weg. Herr Doctor, Sie machen mir alle Qual im Kopfe, der Herr Christus weiss es und der liebe Gott.“

24. Oct. „Es wird ja nicht mehr besser, so viel habe ich schon gelitten, um Gottes willen, ich kann es ja nicht mehr aushalten. Das geht immer und immer im Kopfe herum; spricht lololo und alles. Ich kann Ihnen gar nicht alles sagen. Ach, der Mann aus Bersdorf! Das urbert und klopft im Kopfe. Sie, Herr Doctor, machen mir alle Stimmen im Kopfe, aber, die Strafe Gottes wird nicht ausbleiben!“

31. Oct. „Ich denke, ich muss für die Anstalt sterben, ich muss leiden für die ganze Welt. Herr Doctor, Sie sind schuld, dass Sie nach Bersdorf berichtet haben, deshalb bin ich krank geworden . . . . u. s. w.

Bei der Betrachtung der eigenartigen Sprachweise unserer Kranken hatte man unmittelbar den Eindruck, dass es sich um ein zwangsmässiges, gewissermaassen automatisches Sprechen handelte. Es schien so, als wenn andauernd ein Reiz auf gewisse und immer dieselben Sprachvorstellungen ausgeübt wurde und die Kranke zum Sprechen nöthige. Eine directe Erschwerung des Sprachablaufs (Hemmung), wenn auch die Sprache selbst langsam, scharf abgesetzt, scandirend war, trat niemals direct hervor. Es gelang wiederholt durch Anrühren, Anrufen oder Bedeuten, stille zu sein, den Redefluss auf Momente zu unterbrechen. Dann begann sie aufs neue spontan erst leise, dann lauter zu sprechen. Konnte man ihre Aufmerksamkeit fixiren oder hörte, wie es wie-

Digitized by Google

derholt vorkam, der Redetrieb auf längere oder kürzere Zeit auf, so schien sie in ihrem Sprachvermögen unbehindert und einer ziemlich geordneten Auskunft fähig, wenn auch dabei, wie ich bereits oben hervorgehoben habe, einzelne der vorzugsweise während des zwangsmässigen Sprechens gebrauchten Ideenverbindungen in die Aeusserungen verwebt wurden. Wegen ihres eigenthümlichen Sprechens befragt, gab später die Kranke an, es gehe ihr immer so in den Gedanken, es sause und summe im Kopfe, es sei ihr so, als wenn ihr alles, was sie sagen müsse, von Gott vorgesprochen würde, sie hätte alles nachsprechen müssen u. s. w.

Auf das Symptom des von *Cramer* beschriebenen Gedankenlautwerdens, wie es in unserm Falle zweifellos alternirend mit Zwangsvorstellungen, Zwangsstellungen und Zwangsreden hervortritt, kann ich hier nicht näher eingehen. Was meine Stellungnahme zu den verschiedenen oben mitgetheilten Ansichten über das Zustandekommen des zwangsmässigen Sprechens, das bei unserer Kranken in der besondern Form der Verbigeration hervortrat, anbelangt, so erscheint mir auf Grund einer Reihe anderer, daraufhin geprüfter Krankengeschichten und Krankheitsfälle die *Cramer*'sche Hypothese am annehmbarsten. Dieselbe giebt für alle Fälle von wirklichem Zwangsreden, so verschiedenartig auch die Form und Art und Weise des Auftretens sein mag, bis jetzt die beste Erklärung und lässt eine Reihe, wenn auch nicht alle der sonst bestehenden Schwierigkeiten in Betreff des Zustandekommens dieser Erscheinung in Wegfall kommen, sei es, dass man unter Zwangsreden allgemein das mehr oder weniger laute Aussprechen bestimmter Worte oder Sätze versteht (*Cramer*) oder specieller das bestimmte Wiederholen derselben Worte, Sätze und Gedankenverbindungen darunter begreift (*Neisser*). Immer wird man auch objectiv den Eindruck gewinnen, dass es sich um einen der Willkür entzogenen Vorgang, um ein Sprechenmüssen handelt, dem der Kranke meist unterliegt. Klinisch ausgedrückt, beruht das Symptom darauf (*Cramer*), dass durch einen bald mehr, bald weniger intensiven Erregungsvorgang im Muskelsinn des Sprechapparats dem Bewusstsein bestimmte oder immer dieselben Sprachvorstellungen aufgezwungen werden, die dann, je nach der Intensität des weiter auf den Sprechapparat wirkenden Reizes bald mehr leise, bald laut, vereinzelt, erschwert oder in rascherem Tempo im

Digitized by Google

Zusammenhang mit andern Gedankenverbindungen, oft mit grosser Vehemenz zur lautlichen Aeusserung gelangen. Ein beschränktes Auftreten des Symptoms im Sinne *Kahlbaum*'s ist sicher nicht anzunehmen, wie das Vorkommen von Zwangsreden bei Zuständen von Verwirrtheit, Epilepsie, Paralyse und gewissen Schwachsinnszuständen, namentlich aber zusammen mit Zwangsvorstellungen, Zwangsstellungen, Sinnestäuschungen und Gedankenlautwerden, wie *Cramer* nachgewiesen hat, bei gewissen Formen der Paranoia bewiest, wenn auch der specielle Typus desselben, die Verbigeration, im Allgemeinen nicht so sehr häufig sein dürfte[1]). Ueber die Stellungnahme der Fälle, deren Hauptsymptome eben mitgetheilt worden sind, ist eine Einigung im Allgemeinen noch nicht erzielt worden[2]). Weist man aber dieselbe analog der *Cramer*'schen Anschauung der Paranoia zu, so muss auch der von *Neisser* postulirte Unterschied der eigentlichen Verbigeration und der sogenannten echten der Paranoiker in Wegfall kommen. Ueber letzteren Punkt möchte ich nun noch kurz folgendes bemerken. Die *Neisser*'sche Anschauung über die Entstehungsweise der eigentlichen katatonen Verbigerationsform (welche nach ihm auf einer mehr oder minder hochgradigen Hemmung beruht) stützt sich hauptsächlich darauf, dass einmal bei manchen Fällen eine Erschwerung beim Sprechen schon äusserlich sich durch Anstrengung der Sprach- und Gesichtsmusculatur bemerklich mache[3]), ferner darauf, dass die bestentwickelten Fälle von Verbigeration immer in schweren Attonitätszuständen abwechselnd mit hochgradigem Mutacismus vorkommen. Endlich nimmt er auch für diejenigen Fälle, wo die Sprechweise der Kranken eine freie, sich manchmal sogar überstürzende, ideenflüchtige ist, in die sich aber immer wieder bestimmte Worte ein-

---

[1]) Unter den *Cramer*'schen Beobachtungen von Zwangsreden werden nur einige deutlich ausgeprägte Fälle von Verbigeration mitgetheilt (l. c. S. 83 u. 111).

[2]) S. *Cramer* l. c. S. 97 ff. *Wernicke* (Aphasie und Geistesstörung, deutsche Med. Wochenschrift, 1890 No. 21) sieht in der Verbigeration und dem Mutacismus Symptome, welche direct zu sogenannter transcorticaler motorischer Aphasie hinüberführen, wie er die Geisteskrankheiten überhaupt als das Gebiet der transcorticalen Erkrankungen oder transcorticaler Aphasien definirt wissen will.

[3]) Wie auch *Kandinsky* l. c. S. 112 hervorhebt.

Digitized by Google

fügen, zur Erklärung nothwendig eine gewisse Hemmung an, welche der freien Aeusserung hindernd entgegentritt. Was den ersteren Punkt betrifft, so kann man hier sehr wohl, entsprechend der *Cramer*'schen Anschauung, annehmen, dass der Kranke selbst, bei sonst geringer Intensität der hallucinatorischen Erregung im Sprachapparat, sich bemüht, den Zwang zum Sprechen zu unterdrücken und dass dadurch sehr wohl der Eindruck des Erschwerten und Gehemmten äusserlich vorgetäuscht werden kann. Ich verweise auf die *Cramer*'schen Beobachtungen (Fall 16, 17, 18) [die Kranken konnten das Zwangsreden ganz unterdrücken, es trat dafür aber „Gedankenlautwerden" auf], ferner auf *Kandinsky*'s Kranken Laschkow[1]), bei dem analoge Erscheinungen bei dem Symptom des innern Sprechens zur Beobachtung kamen. Der Kranke bemühte sich bekanntlich in dem Wahne, dass die unsichtbaren Spione seine Gedanken erfahren könnten, indem sie vermittelst einer besonderen Maschine die fast unmerklichen Bewegungen seiner Zunge registrirten, zu denken, ohne dabei die entsprechenden Bewegungen mit der Zunge zu machen, d. h. zu denken ohne das Gefühl der bei ihm offenbar gesteigerten Innervation der Zunge. Man könnte in unsern Fällen auch daran denken, dass durch abnorme Sensation in der Musculatur des Sprachapparates selbst neuerdings dem Kranken falsche Vorstellungen über seine Fähigkeit zu sprechen aufgedrängt und ihm Schwierigkeiten vorgetäuscht werden könnten[2]).

Für diejenigen Fälle, wo das Zustandsbild ein mehr maniakalisches ist und der Redefluss äusserlich frei von Statten geht, während nur immer zwangsmässig bestimmte Worte eingeschoben werden oder immer wieder dieselben Gedankenverbindungen auftauchen, scheint mir die Statuirung eines hallucinatorischen Erre-

---

[1]) *Kandinsky* l. c. S. 118, 119, auch von *Cramer* citirt p. 16.

[2]) Dass es auf Grund abnormer Sensationen in Zunge und Kehlkopf und dadurch veranlasster wahnhafter Vorstellungen wirklich zu Sprachstörungen kommen kann, die sich hauptsächlich durch Lallen und Aeusserung kindlicher Laute kund thun, werde ich an anderer Stelle nachweisen. Andererseits möchte ich hervorheben, dass melancholische Kranke öfter schmerzlich den geringen Antrieb zum Sprechen empfinden, andre Male klagen sie wieder über ein Gefühl ihnen peinlicher Hemmung und Erschwerung beim Sprechen, das manchmal von unangenehmen spannenden Sensationen in der Zunge oder im Kehlkopf begleitet wird.

Digitized by Google

gungsvorganges im Muskelsinn, durch den fortlaufend, selbst bei sonst lockerer Ideenverknüpfung dieselben Vorstellungen dem Bewusstsein aufgedrungen werden und zwangsmässig zwischen den andern Worten und Gedankenverbindungen zur lautlichen Aeusserung gelangen, ebenfalls eine genügende Erklärung abzugeben und darin der Vorgang der Hemmung zur Genüge begründet zu sein.

Was endlich die ferner von *Neisser* hervorgehobene Thatsache anlangt, dass Zwangsreden, resp. Verbigeration öfter zusammen, resp. abwechselnd mit Mutacismus innerhalb, vor oder nach sogenannten stuporösen Zuständen vorkommt, welchen (abwechselnd in die Erscheinung tretenden) Vorgang er auf eine beiden Symptomen zu Grunde liegende mehr weniger hochgradige Hemmung zurückführt, so möchte ich glauben, dass sich durch die *Cramer*'sche Hypothese auch dafür eine genügende Erklärung geben lasse.

Cramer bemerkt nämlich (p. 35) indem er den Eindruck des Gedankenlautwerdens auf die Kranken kurz skizzirt, dass dieselben öfter dadurch ängstlich werden, sich abschliessen und auf keine Frage mehr antworten, welcher Zustand sich bis zum Stupor steigern könne.

Ein gleichzeitiges Auftreten von Gedankenlautwerden und Zwangsreden ist theoretisch nicht denkbar, wohl aber werden beide Symptome häufig alternirend bei demselben Kranken beobachtet. Aus mehreren Beobachtungen *Cramer*'s geht nun hervor, dass, wenn der Kranke den Vorgang des Zwangsredens unterdrückt, sofort das Gedankenlautwerden an dessen Stelle auftritt.

Ich möchte nun, wenn ich auch glaube, dass in besonderen Fällen der Mutacismus durch einzelne bestimmte Zwangsvorstellungen oder Hallucinationen imperativen Charakters veranlasst, resp. unterhalten sein kann, für die meisten derartigen Fälle die gemeinsame Ursache wiederum in der hallucinatorischen Erregung des Muskelsinns des Sprachapparats erblicken, sodass, während das Zwangsreden selbst auf einem mehr partiellen Reizvorgang beruht, unter Nachlass resp. Hemmung des zwangsmässigen Sprechens, eine Zunahme des Erregungsvorganges, resp. eine Verbreitung des Reizes über die ganze Bahn desselben, mit andern Worten, das Auftreten des Gedankenlautwerdens die Aenderung des Krankheitsbildes hervorrufen kann, welche dann äusserlich sich als Stupor mit Mutacismus darstellt.

Digitized by Google

Mit der Hervorhebung der Nothwendigkeit genauerer Beobachtung des Symptoms des Gedankenlautwerdens, welches häufig abwechselnd mit Zwangsreden auftritt, dem aber, wie *Cramer* mit Recht betont, noch wenig Beachtung geschenkt worden ist, möchte ich meine Erörterungen über das Zwangsreden abbrechen, da dasselbe aufs engste mit einer Reihe anderer, wie es scheint, hauptsächlich der Paranoia eignen Symptomen in Zusammenhang steht, behalte mir aber vor, an der Hand eines reicheren Materials in einer späteren Arbeit darauf zurückzukommen.

Die Zugehörigkeit unseres, z. Z. noch nicht ganz abgeschlossenen Falles, welcher jetzt in prägnanter Weise namentlich das Symptom des Gedankenlautwerdens darbietet, zur Paranoia, scheint mir durch die kurzen, oben mitgetheilten Daten über den Weiterverlauf zur Genüge gestützt zu sein.

Digitized by Google

Erläuterungen zu den statistischen Tabellen aus der städtischen Irrenheilanstalt zu Tokio, Japan.

(Tokio-Fu Sugamo Hospital.)

Von

Prof. Dr. **Hasimé Sakaki.**

(Hierzu Tafel II.)

Die vorliegenden statistischen Tabellen beziehen sich sämmtlich auf das Jahr 1888 und 1889. Sie werden getheilt: 1) in eine Tabelle, welche die allgemeine Krankenbewegung anzeigt, 2) in Tabellen, welche einzelne Details der aufgenommenen Kranken, sowohl neuaufgenommenen als auch wiederholt aufgenommenen, angeben, 3) in Tabellen, die sich auf die entlassenen Kranken beziehen, und endlich 4) in eine Tabelle, welche Complications- und Nachkrankheiten bezeichnet, die in beiden letzten Jahren in der Anstalt beobachtet wurden.

Es wurde diesmal nur die Statistik der zwei letzten Jahre aufgestellt, weil die früheren Notizen über Kranke nicht genau sind. Doch wurden manchmal einige Zahlen aus früheren Tabellen in Betracht gezogen.

Zu Tab. I.

Die Gesammtzahl der in zwei Jahren aufgenommenen Kranken vertheilt sich auf jedes Jahr wie folgt:

	Männer	Weiber
1888	208	132
1889	254	129
	462	261.

Digitized by Google

Hiernach ist ersichtlich, dass die Zahl der Kranken 1889 enorm zugenommen hat, etwa um 11,5 pCt. der Gesammtzahl. Der Grund ist darin zu suchen, dass 1) die Anstalt im Jahre 1889 um 56 Betten vergrössert wurde, 2) dass die Verkehrsmittel in der letzten Zeit bedeutend erleichtert wurden, was die Zunahme an Kranken aus den Provinzen, wo Eisenbahn- und Dampfschiffverbindungen vorhanden sind, beweist. Zum Vergleich wird die Zahl der aufgenommenen Patienten in den letzten 10 Jahren angegeben:

	Männer	Weiber
1880	56	34
1881	104	51
1882	137	77
1883	112	86
1884	145	86
1885	166	104
1886	180	94
1887	204	111
1888	208	132
1889	254	129
	1566	904.

Was das Geschlecht betrifft, so sind die Männer an Zahl stets überwiegender als die Weiber. Stellt man die Gesammtzahl der zwei letzten Jahre als 100, so ergiebt sich eine Proportion: Männer : Weiber = 63,9 : 36,1; also etwa auf 7 Männer kommen 4 Weiber. Fügt man zu dieser Gesammtzahl (723) noch die Gesammtzahlen der vorhergegangenen acht Jahre hinzu und stellt diese 2470 als 100, so erhält man auch ungefähr gleiches Verhältniss, nämlich Männer : Weiber = 63,4 : 36,6.

Was den Abgang betrifft, so ist das „Genesen“ sehr streng genommen und nur solche Kranke gezählt worden, die bei der Entlassung keine Spur von psychischer Abnormität zeigten. Das Genauere wird in Tab. XIII angegeben. Die Anzahl der „gebessert“ entlassenen Patienten ist im Vergleich zu den anderen Ausgängen enorm gross und betrifft etwa die Hälfte. Zu bemerken ist hier, dass die Dementen und Idioten, deren etwaige Reizerscheinungen vorübergegangen waren, als gebessert bezeichnet wurden.

Zu Tab. II.

Die Aufnahmszahlen wurden nach den einzelnen Monaten getheilt und dann die gleichen Monate addirt, so dass jeder Monat

Digitized by Google

aus zwei Factoren (d. h. 1888 und 1889) besteht. Hieraus erfahren wir, dass die Aufnahmezahl im Sommer bedeutend grösser war, besonders im Juli und August. Doch waren die Kranken, die im Sommer aufgenommen wurden, meist schon längst vorher erkrankt.

Die Eintheilung nach Landesbezirken und Provinzen geschah aus folgenden Gründen. Da unsere Irrenheilanstalt zu dem Tokio-Fu, d. h. zu dem Regierungsbezirk Tokio gehört, so werden eigentlich nur Kranke aus Tokio aufgenommen und theils auf eigene, theils auf Kosten der Tokio-Armenkasse verpflegt. Weil hiernach die meisten Patienten aus dem Tokio-Fu stammen, so wurde dieses als eigene Rubrik aufgeführt. Doch hat die Krankenzahl aus den anderen Provinzen in der letzten Zeit stark zugenommen, besonders aus den Tokio nahe gelegenen. Aus diesem Grunde wurden die übrigen Provinzen in drei Rubriken getheilt.

Rechnen wir jetzt den Procentsatz aus der Einwohner- und aufgenommenen Krankenzahl, so erhalten wir:

für Tokio-Bezirk	0,03698 pCt.
- die umgebenden Provinzen	0,00213 -
- - nördl. Provinzen . .	0,00056 -
- - südwestl. Provinzen .	0,00021 -

Unter der Rubrik „Aus fremden Ländern“ befindet sich eine 33jährige deutsche Patientin.

Mit der Bezeichnung „Unbekannt“ umfassen wir solche Patienten, welche auf Strassen gefunden und auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommen wurden, und deren Heimath bis jetzt unermittelt geblieben ist. Solche werden vorläufig auch auf Kosten der Armenkasse verpflegt.

Zu Tab. III.

Zu bemerken ist zu der Bezeichnung „In einem Tempel“: Es herrscht in Japan, besonders in manchen Gegenden noch die Ansicht, dass das Irresein entweder als Strafe höherer Göttlichkeit oder durch Besessensein mancher Thierarten (Fuchs, Hund u. s. w.) entstehen soll. Danach schickt man die Patienten nach einem buddhistischen Tempel, wo sie durch das Lesen heiliger Schriften geheilt werden sollen. Diese Ansicht herrscht selbst auch in Tokio, wo die Leute sonst aufgeklärter sind.

Digitized by Google

Zu Tab. IV.

Da eine Statistik der Einwohner nach der Confession noch nicht existirt, so kann man aus unserer Tabelle keine Procentzahl berechnen. Dass der Buddhismus am meisten verbreitet ist, ist nicht zu bezweifeln.

Zu Tab. V.

Auf dieser Tabelle ist nur das Alter in der Zeit der Aufnahme notirt.

Die stärkste Zahl trifft auf die Altersperiode 31—40, dann 21—30 u. s. w., was mit dem Ergebniss der allgemeinen Statistik der Bevölkerung Japans genau übereinstimmt. Ferner ist in Japan eine gewöhnliche Erscheinung, dass die Zahl der über 61 Jahre alten Weiber grösser als die der gleichaltrigen Männer ist.

Zu Tab. VII.

Das Verhältniss der Ledigen zu den Verheiratheten und Verwittweten, resp. Geschiedenen ist nach unserer Tabelle in Procenten ausgedrückt:

	Männer	Weiber
Ledig	24,0 pCt.	16,6 pCt.
Verheirathet	58,7 -	52,4 -
Verwittwet und Geschieden	17,3 -	31,0 -

Vergleichen wir diese Resultate mit der allgemeinen Bevölkerungsstatistik Japans:

(31. Dec. 1888)	Männer	Weiber
Ledig	60,7 pCt.	59,9 pCt.
Verheirathet	38,7 -	39,5 -
Verwittwet und geschieden	0,5 -	0,5 -

so ergiebt sich das überraschende Resultat, dass die Verheiratheten bei weitem das grösste Contingent an Irren liefern. Die Gründe hier zu erörtern, würde zu weit führen.

Die Zahl der Verwittweten, resp. Geschiedenen ist verhältnissmässig gross. Dieselbe ist bei Weibern etwa zwei Mal grösser als bei Männern.

Zu Tab. VIII.

Die Zahlen, welche unter der Bezeichnung „Erblichkeit vorhanden" stehen, beziehen sich auf die Familienmitglieder und nicht auf die Patienten. Dagegen bezeichnen die unterstrichenen Zahlen die aufgenommenen Kranken.

Digitized by Google

Zu Tab. XIII.

Diese Tabelle giebt eine genauere Classificirung der Krankheiten nach dem Ausgang an, welcher auf Tab. I steht. Zu bemerken sind folgende:

Unter Melancholia sine delirio umfassen wir meist solche, welche sich im ersten Stadium befindet, und bei der die Patienten sich ausschliesslich ruhig verhalten.

Unter Mania periodica wurden 22 Kranke als genesen bezeichnet, welche zur Zeit der Entlassung keine geistige Störungen zeigten. Ob die Patienten wirklich geheilt waren, ist nicht zu entscheiden. Ebenso beim circulären Irresein.

Unter Hysterie befinden sich 2 Männer, welche beide vollständig geheilt entlassen wurden. Der eine zeigte ausser gewöhnlichen Erscheinungen der Hysterie noch einen eigenthümlichen Anfall von Kopfschütteln, welches entweder durch psychische Aufregung oder durch den Druck oder das Klopfen auf gewisse Punkte (hysterogene) hervortrat. Der Patient ist jetzt in seiner Heimath und befindet sich ganz wohl.

Die Dementia paralytica, deren Hälfte an Zahl mit dem Tod endete, stellt eine Procentzahl von 2,27 der gesammten Ausgänge dar. Vergleichen wir diese Zahl mit der Procentzahl der Aufnahme (1,52 pCt.) und des Bestandes (2,17 pCt.), und rechnen wir daraus die Durchschnittszahl, so erhalten wir etwa 2 pCt. Eine paralytische Dame, 53 Jahre alt, war aus angesehener Familie, zeigte charakteristische Symptome und starb während eines apoplectiformen Anfalls.

Die Zahl der an Delirium tremens Erkrankten erscheint auffallend gering, obgleich das hiesige spirituöse Getränk (Sake) 10 bis 15 pCt. Alkohol enthält.

Unter den Intoxicationspsychosen befanden sich eine Morphium-, eine Atropin- und eine Bleivergiftung. Die ersteren beiden kamen beim Selbstmordversuch, letztere bei einem Schauspieler, welcher 30 Jahre lang bleihaltige Schminke gebraucht hatte.

Unter der Idiotie sind 4 Kranke als gebessert bezeichnet. Damit meinen wir keine wirkliche Besserung, sondern etwaige Beruhigung der aufgeregten Zustände oder Besserung des Allgemeinzustandes.

Zu Tab. XVI.

Wenn wir bei den Heilungen der Melancholie und Manie das

Digitized by Google

Lebensalter berücksichtigen und die angegebenen Zahlen mit den Zahlen der aufgenommenen Kranken des betreffenden Alters vergleichen, so finden wir, dass Beide eine grosse Heilbarkeit unter 20 Jahren besitzen, 45,8 pCt. bei Melancholie, 58,9 pCt. bei Manie, während die Zahlen im übrigen Alter 8,3—26,3 pCt. bei Melancholie, 10,0—27,7 pCt. bei Manie schwanken.

Zu Tab. XIX.

Vergleicht man die Todesfälle mit der Gesammtaufnahme des betreffenden Monats, so fällt die grösste Sterbezahl in dem December (25,4 pCt.). Die Hauptursache des Todes sind hier Inanition und Marasmus. Dann folgt der Sommer, etwa vom Juni bis September schwanken die Sterbezahlen zwischen 20,3 pCt. und 22,2 pCt. Hier erlagen die Patienten grösstentheils an acuter Kakke (Beriberi).

Zu Tab. XX.

Die relative Sterbezahl wächst mit dem Lebensalter an, doch ist nach unserer Statistik dieses nicht mehr für das Alter über 60 Jahre festzustellen, weil die Zahl zu gering ist.

Zu Tab. XXII u. XXIII.

Eine in Japan sehr häufige und wichtige Krankheit, Kakke (Beriberi), herrscht auch in unserer Anstalt, tritt im Frühling ein, besteht durch den ganzen Sommer und Herbst, verschwindet erst im Winter. Diese Krankheit bildet nicht nur häufige Complication (etwa 7,5 pCt.), sondern wird auch zugleich eine wichtige Ursache des Todes. So starben in zwei letzteren Jahren 19 Patienten (Männer und Weiber etwa in gleicher Zahl) durch Kakke, was etwa 16,4 pCt. der Todesursachen ausmacht. Der Krankheitscharakter war meist ziemlich acut und von sehr schlechter Prognose, so dass 59,3 pCt. der gesammten Kakke-Kranken starben.

Unter den Hautkrankheiten kamen am häufigsten Furunkel, Scabies und chronische, schlecht heilende Geschwüre (syphilitische?) vor, meist bei chronisch Maniakalischen.

Phthisis pulmonum und Pleuritis wurde nur bei 3 Patienten beobachtet.

Krankheiten der Geschlechtsorgane kamen meist bei Weibern vor und waren vorzugsweise entzündlicher Natur (Endo-, Parametritis u. s. w.).

Digitized by Google

Tabelle I.

Allgemeine Bewegung der Irrenbevölkerung nach Formen.

Krankheitsform	Bestand am 1. Januar 1888		Aufgenommen		Summa des Bestandes und Zugangs		Abgegangen										Bestand am 31. Dec. 1889	
							genesen		gebessert		ungeheilt		gestorben		Summa des Abgangs			
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
1. Melancholia	15	11	97	64	112	75	29	8	53	44	4	3	4	5	90	60	22	15
2. Mania	39	31	220	127	259	158	61	35	77	42	13	12	44	19	195	108	64	50
3. Paranoia	8	13	29	11	37	24	3	—	16	7	4	1	5	3	28	11	9	13
4. Epileptisches Irresein	—	—	11	2	11	2	—	—	5	—	1	—	3	1	9	1	2	1
5. Hysterisches Irresein	—	7	3	30	3	37	2	12	—	14	—	2	—	3	2	31	1	6
6. Dementia paralytica	5	—	10	1	15	1	—	—	4	—	3	—	7	1	14	1	1	—
7. - senilis	5	2	7	5	12	7	—	—	4	1	2	—	1	—	7	1	5	6
8. - terminalis	20	25	27	15	47	40	—	—	12	9	8	5	7	10	27	24	20	16
9. Intoxicationserscheinungen	—	—	45	2	45	2	25	—	12	—	2	—	2	—	41	—	4	2
10. Idiotie, Imbecillität	2	1	11	3	13	4	—	—	4	—	4	—	—	—	8	—	5	4
11. Gehirnkrankheiten	—	—	2	1	2	1	1	—	—	—	—	1	1	—	2	1	—	—
Summa	94	90	462	261	556	351	121	55	187	117	41	24	74	42	423	238	133	113
	184		723		907		176		304		65		116		661		246	

Digitized by Google

Tabelle II.

Aufnahmen nach den einzelnen Monaten und Landesbezirken.

Einzelne Monate 1888 u. 1889	Aus dem Bezirk „Tokio“		Aus den umgebenden Provinzen		Aus den nördlichen Provinzen		Aus den südwestlichen Provinzen		Aus den fremden Ländern		Unbekannt		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Januar . . .	14	10	5	3	2	1	3	—	—	—	3	1	27	15	42
Februar . . .	23	5	15	3	2	—	8	—	—	—	—	2	48	10	58
März	17	8	7	1	3	2	1	1	—	—	2	1	30	13	43
April	14	9	11	4	—	2	7	1	—	—	1	—	33	16	49
Mai	30	8	18	6	2	2	3	—	—	—	—	3	53	19	72
Juni	18	11	11	2	3	—	1	—	—	—	1	3	34	16	50
Juli	25	26	15	6	2	1	4	2	—	—	3	6	49	41	90
August . . .	22	22	11	3	3	1	3	2	—	—	7	5	46	33	79
September .	27	14	11	2	3	1	—	3	—	1	1	1	42	22	64
October . . .	14	22	5	5	—	1	3	3	—	—	1	4	23	35	58
November .	17	16	13	3	2	—	2	1	—	—	1	—	35	20	55
December .	24	17	12	1	1	1	3	1	—	—	2	1	42	21	63
Summa	245	168	134	39	23	12	38	14	—	1	22	27	462	261	723
	413		173		35		52		1		49		723		

Digitized by Google

Tabelle III.

Aufnahmen nach den Wohnorten und Landesbezirken.

Wohnort vor der Aufnahme	Aus dem Bezirk „Tokio“		Aus den umgebenden Provinzen		Aus den nördlich. Provinzen		Aus den südwestl. Provinzen		Aus den fremden Ländern		Unbekannt		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
in eigener Wohnung .	223	153	106	26	13	9	24	9	—	—	—	1	366	198	564
in fremder Familie . . .	11	12	17	6	6	—	8	2	—	1	—	—	42	21	63
in einem Krankenhause .	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	3
in einer Irrenanstalt . .	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
in einem Tempel . . .	2	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5
Auf der Reise	4	—	7	3	2	1	4	2	—	—	1	—	18	6	24
Unbekannt .	—	—	4	3	2	2	1	1	—	—	21	26	28	32	60
Summa	245	168	134	39	23	12	38	14	—	1	22	27	462	261	723
	413		173		35		52		1		49		723		

Tabelle IV.

Aufnahmen nach den Religionsbekenntnissen.

Religionsbekenntnisse	M.	W.	Sa.
Shintoistisch	7	2	9
Buddhistisch	398	218	616
Christlich . .	11	2	13
Unbekannt .	46	39	85
Summa	462	261	723

Digitized by Google

Tabelle V.

Aufnahmen nach dem Alter und der Krankheitsform.

Alter bei der Aufnahme	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyst. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. termin.		Intoxic.-Psychose		Idiotie, Imbecill.		Gehirnkrankh.		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis 15 Jahre	1	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	6	2	8
16—20 -	15	8	22	11	2	2	4	—	—	1	—	—	—	—	—	—	4	—	3	1	—	—	50	23	73
21—30 -	27	22	61	30	9	1	—	—	1	7	—	—	—	—	2	2	6	—	7	1	—	—	113	63	176
31—40 -	38	19	69	44	7	7	4	—	2	12	5	—	—	—	12	1	16	1	—	—	1	1	154	85	239
41—50 -	13	11	44	28	6	—	2	2	—	9	3	—	—	—	7	6	18	1	1	—	1	—	95	57	152
51—60 -	3	4	13	7	5	1	1	—	—	1	2	1	6	4	5	3	1	—	—	—	—	—	36	21	57
61—70 -	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3	4	7
über 71 -	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Unbekannt	—	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8
Summa	97	64	220	127	29	11	11	2	3	30	10	1	7	5	27	15	45	2	11	3	2	1	462	261	723
	161		347		40		13		33		11		12		42		47		14		3		723		

Digitized by Google

Tabelle VI.

Aufnahmen nach dem Stande und der Krankheitsform.

Berufe und Beschäftigungen	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyst. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. termin.		Intoxic.-Psychose		Idiotie, Imbecill.		Gehirnkrankh.		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Beamten . . .	3	1	14	—	3	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	27	1	28
Militäre	1	—	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	8	—	8
Gelehrte und Studirende . . .	21	1	28	2	4	—	1	—	—	1	1	—	—	—	3	—	3	—	—	—	—	—	61	4	65
Künstler . . .	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	4	1	5
Kaufleute . . .	29	3	55	5	4	1	3	—	—	—	2	—	2	—	7	—	22	—	2	—	—	—	126	9	135
Handwerker . .	5	2	21	6	4	1	1	—	—	1	2	—	—	—	5	—	5	—	2	—	1	—	46	10	56
Landwirthe . . .	13	2	33	2	7	1	1	—	1	3	—	—	—	—	5	2	1	—	1	—	—	—	62	10	72
Haushälterinnen .	—	31	—	72	—	4	—	1	—	11	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	1	—	125	125
Arbeiter	6	—	17	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	26	2	28
Dienstleute . . .	2	1	3	3	1	1	—	—	—	4	1	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	—	9	11	20
Diverse Beschäftigungen . . .	5	1	6	3	1	2	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	5	—	1	—	—	—	20	6	26
Ohne bestimmte Beschäftgungen	5	12	15	21	2	1	5	—	2	10	—	1	3	4	1	3	1	1	4	3	1	—	39	56	95
Nicht ermittelt .	6	10	24	10	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	3	4	—	—	—	—	—	—	34	26	60
Summa	97	64	220	127	29	11	11	2	3	30	10	1	7	5	27	15	45	2	11	3	2	1	462	261	723
	161		347		40		13		33		11		12		42		47		14		3		723		

Digitized by Google

Tabelle VII.

Aufnahmen nach dem Civilstande und Alter.

Civilstand		Alter bis 15 Jahre	16—20 Jahre	21—30 Jahre	31—40 Jahre	41—50 Jahre	51—60 Jahre	61—70 Jahre	über 71 Jahre	Unbekannt	Summa
Ledig	M.	6	44	49	9	3	—	—	—	—	111
	W.	2	19	13	8	1	—	—	—	—	43
Verheirathet	M.	—	4	46	114	76	29	1	1	—	271
	W.	—	3	36	52	31	13	1	1	—	137
Verwittwet und geschieden	M.	—	—	2	16	10	7	1	—	—	36
	W.	—	1	6	19	17	6	4	1	—	54
Unbekannt	M.	—	2	16	15	6	—	1	—	4	44
	W.	—	—	8	6	8	1	—	—	4	27
Summa	M.	6	50	113	154	95	36	3	1	4	462
	W.	2	23	63	85	57	20	5	2	4	261
	Sa.	8	73	176	239	152	56	8	3	8	723

Digitized by Google

Tabelle VIII.

Aufnahmen. Erblichkeit und Familienanlage.

Grad der Verwandtschaft	Geisteskrankheit		Nervenkrankheit		Allgem. erbliche Krankheit		Trunksucht		Auffallender Charakter		Selbstmord		Summa		Summa der Kranken		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
A. Erblichkeit vorhanden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**192**	**93**	**285**
1. in aufsteigender Linie:																	
a) Grosselterngenerationen																	
Von Vater Seite	15	7	12	4	—	—	2	4	—	—	—	2	29	17	—	—	—
Von Mutter Seite	14	—	2	—	1	—	2	2	—	—	—	1	19	3	—	—	—
b) Elternreihen																	
Von Vater Seite	31	15	29	10	6	4	60	23	5	3	1	1	132	56	—	—	—
Von Mutter Seite	27	11	12	12	4	3	5	6	3	2	1	—	52	34	—	—	—
2. in gleichstehender Linie . .	54	19	6	—	2	—	3	1	1	1	—	1	66	22	—	—	—
3. in absteigender Linie	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
B. Erblichkeit nicht vorhanden	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**170**	**93**	**263**
C. Erblichkeit zweifelhaft u. unbekannt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**100**	**75**	**175**
Summa	141	53	61	26	13	7	72	36	9	6	2	5	298	133	**462**	**261**	**723**
	194		87		20		108		15		7		431		**723**		

Digitized by Google

Tabelle IX.

Aufnahmen nach der Erblichkeit, Veranlassung und Krankheitsform.

Krankheitsform	Erblichkeit vorhanden				Erblichkeit nicht vorhanden				Erblichkeit unbekannt				Summa			
	mit Veranlassung		Veranlassung unbekannt		mit Veranlassung		Veranlassung unbekannt		mit Veranlassung		Veranlassung unbekannt		mit Veranlassung		Veranlassung unbekannt	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Melancholia	29	21	19	5	23	12	13	7	6	5	7	14	58	38	39	26
Mania	53	27	32	13	35	32	33	22	13	12	54	21	101	71	119	56
Paranoia	11	2	2	1	8	2	5	2	—	1	3	3	19	5	10	6
Epileptisches Irresein	4	1	1	—	—	—	1	1	2	—	3	—	6	1	5	1
Hysterisches	1	12	—	3	—	10	—	1	—	1	2	3	1	23	2	7
Dementia paralytica	6	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	1	10	—	—	1
- senilis	—	—	1	1	2	—	2	—	1	1	1	3	3	1	4	4
- terminalis	9	4	2	—	12	1	1	1	—	3	3	6	21	8	6	7
Intoxicationspsychosen	16	—	—	—	26	1	—	—	3	1	—	—	45	2	—	—
Idiotie, Imbecillität	3	2	3	—	3	—	1	1	—	—	1	—	6	2	5	1
Gehirnkrankheiten	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
	132	70	60	23	114	58	56	35	26	24	74	51	272	152	190	109
Summa	202		83		172		91		50		125		424		299	
	285				263				175				723			

Digitized by Google

Tabelle X.

Aufnahmen. Veranlassende Ursachen und Erblichkeit.

Arten der veranlassenden Ursachen	Erblichkeit vorhanden		Erblichkeit nicht vorhanden		Erblichkeit unbekannt		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Psychische Ursachen	86	62	94	52	22	22	202	136	338
- Ansteckung	2	1	—	—	1	—	3	1	4
Nervenkrankheiten	4	3	1	1	2	—	7	4	11
Acute constitutionelle Krankheiten	2	—	1	1	1	—	4	1	5
Chronische -	4	—	2	—	1	—	7	—	7
Gravidität, Geburt, Puerperium, Lactation	—	7	—	6	—	1	—	14	14
Vergiftungen (Alkohol)	36	—	16	1	6	1	58	2	60
Geschlechtliche Ausschweifungen	2	—	1	—	—	—	3	—	3
Trauma capitis	3	—	2	—	—	—	5	—	5
Summa der veranlassenden Ursachen	139	73	117	61	33	24	289	158	447
	212		178		57		447		
Summa der Kranken	132	70	114	58	26	24	272	152	424
Veranlassung unbekannt	60	23	56	35	74	51	190	109	299

Digitized by Google

Tabelle XI.

Aufnahmen nach der Zahl der Erkrankung.

Krankheitsform	1. Erkrankung		2. Erkrankung		3. Erkrankung		Oefter wiederholte Erkrankung		Unbekannt		Summa	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Melancholia	77	48	9	4	3	3	1	—	7	9	97	64
Mania	141	74	15	13	9	3	2	4	53	33	220	127
Paranoia	22	10	3	1	1	—	1	—	2	—	29	11
Epilept. Irresein .	8	—	1	—	—	1	—	—	2	1	11	2
Hyster. Irresein . .	3	22	—	2	—	3	—	1	—	2	3	30
Dement. paralytic.	9	1	—	—	—	—	—	—	1	—	10	1
- senilis . .	5	5	—	—	—	—	—	—	2	—	7	5
- terminalis	27	15	—	—	—	—	—	—	—	—	27	15
Intoxic.-Psychosen	32	1	7	—	3	—	1	1	2	—	45	2
Idiotie, etc.	11	3	—	—	—	—	—	—	—	—	11	3
Gehirnkrankheiten	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Summa	337	180	35	20	16	10	5	6	69	45	462	261
	517		55		26		11		114		723	

Tabelle XII.

Aufnahmen.

Forensische Beziehung.

Arten des Vergehens	Männer	Weiber	Summa
Hausfriedensbruch	19	5	24
Misshandlung . . .	19	6	25
Beleidigung	6	3	9
Vagabondage, Arbeitsscheu	47	32	79
Grober Unfug . . .	12	2	14
Vergehen gegen die Sittlichkeit, Unzucht	6	2	8
Schlägerei	6	—	6
Diebstahl	5	—	5
Mord	2	1	3
Brandstiftung . . .	4	2	6
Summa	126	53	179

Digitized by Google

Tabelle XIII.

Ausgänge nach der speciellen Krankheitsform.

Specielle Krankheitsform	Genesen		Gebessert		Ungeheilt		Gestorben		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
1. Melancholia sine delirio (passiva)	24	7	40	28	1	1	3	5	68	41	109
2. Melancholia cum delirio	2	—	8	5	2	2	—	—	12	7	19
3. Melancholia activa	2	1	4	10	1	—	—	—	7	11	18
4. Melancholia attonita	1	—	1	1	—	—	1	—	3	1	4
5. Maniakalische Exaltation (Hypomanie)	46	25	56	36	11	7	30	15	143	83	226
6. Mania periodica	15	7	5	2	—	—	—	—	20	9	29
7. Mania febrilis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8. Tobsucht (Mania gravis)	—	2	15	3	2	5	14	4	31	14	45
9. Circuläres Irresein	—	1	1	1	—	—	—	—	1	2	3
10. Paranoia simplex	3	—	12	4	4	1	3	2	22	7	29
11. Paranoia hallucinatoria	—	—	4	3	—	—	2	1	6	4	10
12. Originäre Paranoia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
13. Dementia acuta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14. Epilept. Irresein — Transitor. Anfälle	—	—	2	—	1	—	1	—	4	—	4
14. Epilept. Irresein — Chronisch. Psychosen	—	—	3	—	—	—	2	1	5	1	6
15. Hysterisch. Irresein — Transitor. Anfälle	1	9	—	12	—	1	—	1	1	23	24
15. Hysterisch. Irresein — Chronisch. Phychosen	1	3	—	2	—	1	—	2	1	8	9
16. Dementia paralytica	—	—	4	—	3	—	7	1	14	1	15
17. Dementia senilis	—	—	4	1	2	—	1	—	7	1	8
18. Dement. terminal. — Agitirte Form	—	—	6	3	2	3	3	2	11	8	19
18. Dement. terminal. — Apathische Form	—	—	6	6	6	2	4	8	16	16	32
19. Alcoholismus — Delirium tremens	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	2
19. Alcoholismus — Melancholie	2	—	3	—	—	—	—	—	5	—	5
19. Alcoholismus — Manie	20	—	8	—	1	—	1	—	30	—	30
19. Alcoholismus — Verfolgungswahn	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
19. Alcoholismus — Epilepsie, Paralyse	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20. Andere Intoxicationen (Morphium etc.)	1	—	1	—	—	—	1	—	3	—	3
21. Gehirnkrankheiten (organische)	1	—	—	—	—	1	1	—	2	1	3
22. Idiotie — höchsten Grades	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
22. Idiotie — niedrigeren Grades	—	—	4	—	4	—	—	—	8	—	8
23. Moral insanity	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	121	55	187	117	41	24	74	42	423	238	661
	176		304		65		116		661		

Digitized by Google

Tabelle XIV.

Ausgänge nach der Erblichkeit.

Ausgang	Erblichkeit vorhanden		Erblichkeit nicht vorhanden		Erblichkeit unbekannt		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Genesen . .	59	22	42	15	20	18	121	55	176
Gebessert . .	81	43	66	33	40	41	187	117	304
Ungeheilt . .	13	8	12	11	16	5	41	24	65
Gestorben . .	19	10	17	9	38	23	74	42	116
Summa	172	83	137	68	114	87	423	238	661
	255		205		201		661		

Tabelle XV.

Genesungen nach den einzelnen Monaten und der Krankheitsform.

Einzelne Monate 1888 u. 1889	Melancholia		Mania		Paranoia		Hysterisches Irresein		Intoxicationspsychosen		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Januar . .	3	1	2	2	2	—	—	—	—	—	—	—	7	3	10
Februar .	2	—	5	2	—	—	—	—	1	—	—	—	8	2	10
März . .	1	—	4	3	—	—	—	—	1	—	—	—	6	3	9
April . .	5	—	6	3	1	—	—	1	2	—	—	—	14	4	18
Mai . . .	1	1	4	1	—	—	—	1	—	—	—	—	5	3	8
Juni. . .	5	—	6	2	—	—	1	1	5	—	—	—	17	3	20
Juli . . .	3	3	7	3	—	—	—	1	8	—	—	—	18	7	25
August. .	3	1	4	3	—	—	—	3	—	—	—	—	7	7	14
September	2	—	9	2	—	—	—	—	1	—	—	—	12	2	14
October .	3	2	8	3	—	—	1	3	—	—	—	—	12	8	20
November.	—	—	5	8	—	—	—	1	4	—	1	—	10	9	19
December .	1	—	1	3	—	—	—	1	3	—	—	—	5	4	9
Summa	29	8	61	35	3	—	2	12	25	—	1	—	121	55	176
	37		96		3		14		25		1		176		

Digitized by Google

Tabelle XVI.

Genesungen nach dem Alter und der Krankheitsform.

Alter	Melancholia		Mania		Paranoia		Hysterisches Irresein		Intoxications-Psyochosen		Gehirn-krankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis 20 Jahre	9	2	16	7	—	—	—	—	1	—	—	—	26	9	35
21—30 -	7	1	16	8	2	—	1	3	4	—	1	—	31	12	43
31—40 -	12	3	12	15	—	—	1	4	11	—	—	—	36	22	58
41—50 -	—	2	15	5	1	—	—	5	9	—	—	—	25	12	37
51—60 -	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
61—70 -	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
über 71 -	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	29	8	61	35	3	—	2	12	25	—	1	—	121	55	176
	37		96		3		14		25		1		176		

Digitized by Google

Tabelle XVII.

Genesungen nach der Dauer vom Beginn diesmaliger Erkrankung.

Krankheitsdauer	Melancholia		Mania		Paranoia		Hysterisch. Irresein		Intoxications-Psychosen		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis zu 1 Monat . . .	4	1	4	3	—	—	—	—	3	—	—	—	11	4	15
2—3 Monate . . .	5	1	10	7	—	—	—	4	4	—	—	—	19	12	31
4—6 -	1	—	11	4	1	—	—	3	3	—	—	—	16	7	23
7—9 -	1	2	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	10	6	16
10—12 -	3	—	6	1	—	—	1	1	5	—	1	—	16	2	18
1—1½ Jahr . . .	1	1	5	1	—	—	—	1	1	—	—	—	7	3	10
1½—2 Jahre . . .	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	4	—	4
Im 3. Jahre	2	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	4	2	6
- 4. -	1	1	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	3	2	5
- 5. -	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Ueber 5 Jahre . . .	—	1	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	1	4	5
Unbekannt	11	1	10	10	1	—	—	1	7	—	—	—	29	12	41
Summa	29	8	61	35	3	—	2	12	25	—	1	—	121	55	176
	37		96		3		14		25		1		176		

Digitized by Google

Tabelle XVIII.

Genesungen nach der Behandlungsdauer in der Anstalt.

Behandlungsdauer	Melancholia		Mania		Paranoia		Hysterisches Irresein		Intoxic.-Psychosen		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis zu 2 Wochen	4	—	3	1	—	—	—	—	3	—	—	—	10	1	11
15—30 Tage . .	7	2	12	6	—	—	1	1	7	—	—	—	27	9	36
1— 2 Monate .	8	—	12	7	1	—	—	7	7	—	1	—	29	14	43
3— 4 - .	6	1	16	7	1	—	1	1	5	—	—	—	29	9	38
5— 6 - .	1	4	4	4	1	—	—	1	—	—	—	—	6	9	15
7— 9 - .	1	—	7	1	—	—	—	1	2	—	—	—	10	2	12
10—12 - .	2	1	2	4	—	—	—	—	1	—	—	—	5	5	10
1—1½ Jahre .	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	5
1½ –2 - .	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1	2	3
über 2 Jahre . .	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
Summa	29	8	61	35	3	—	2	12	25	—	1	—	121	55	176
	37		96		3		14		25		1		176		

Digitized by Google

Tabelle XIX.

Todesfälle nach den einzelnen Monaten und der Krankheitsform.

Einzelne Monate 1888 und 1889	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyster. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. terminal.		Intoxic.-Psychos.		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Januar .	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	1	4
Februar .	—	—	7	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	1	10
März . .	—	—	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4	3	7
April . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	2	1	3
Mai . . .	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	5
Juni . .	1	1	5	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	8	3	11
Juli . . .	1	2	11	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	14	6	20
August .	1	—	3	4	—	1	—	—	—	—	3	—	—	—	1	3	1	—	—	—	9	8	17
Septemb.	—	—	5	3	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	8	5	13
October .	—	1	2	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	6
Novemb.	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4
December	1	1	3	2	2	—	—	—	—	3	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	8	8	16
Summa	4	5	44	19	5	3	3	1	—	3	7	1	1	—	7	10	2	—	1	—	74	42	116
	9		63		8		4		3		8		1		17		2		1		116		

Digitized by Google

Tabelle XX.

Todesfälle nach dem Alter und der Krankheitsform.

Alter	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyster. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. terminal.		Intoxic.-Psychos.		Gehirnkrankh.		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis 20 Jahre	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
21—30 -	2	4	8	4	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3	1	—	—	—	13	12	25
31—40 -	1	1	18	7	3	1	2	—	—	1	2	—	—	—	5	3	—	—	—	—	31	13	44
41—50 -	1	—	13	5	1	1	—	—	—	1	4	—	—	—	2	2	1	—	1	—	23	9	32
51—60 -	—	—	5	2	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	7	4	11
61—70 -	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
über 71 -	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Summa	4	5	44	19	5	3	3	1	—	3	7	1	1	—	7	10	2	—	1	—	74	42	116
	9		63		8		4		3		8		1		17		2		1		116		

Tabelle XXI.

Todesfälle nach der Dauer vom Beginn der Erkrankung.

Krankheitsdauer	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyster. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. terminal.		Intoxic.-Psychos.		Gehirnkrankht.		Summa		
	M.	W	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Bis 2 Wochen	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
15—30 Tage	—	—	5	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	4	9
1—3 Monate	1	—	6	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	2	10
4—6 -	1	1	4	2	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	8	5	13
7—9 -	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	7	—	7
10—12 Monate	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	7	—	7
1—1½ Jahre	—	1	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	7	2	9
1½—2 -	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	4	1	5
über 2 -	1	—	3	2	1	2	—	1	—	—	1	1	—	—	2	3	1	—	—	—	9	9	18
Unbekannt	1	3	14	9	2	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	4	—	—	—	—	19	7	36
Summa	4	5	44	19	5	3	3	1	—	3	7	1	1	—	7	10	2	—	1	—	74	42	116
	9		63		8		4		3		8		1		17		2		1		116		

Digitized by Google

Tabelle XXII.

Todesursachen nach der Krankheitsform.

Todesursachen	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyster. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. terminal.		Intoxic.-Psychosen		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
Inanition, Marasmus . .	3	3	31	11	4	1	—	—	—	3	1	—	1	—	3	7	2	—	1	—	46	25	71
Decubitus, Pyämie . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1
Apoplexia cerebri . . .	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	—	—	3	2	5
Meningitiden .	—	—	3	2	—	—	2	—	—	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	10	2	12
Lungenödem .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Phthisis pulmonum . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Pleuritis . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1
Herzlähmung .	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Ulcus ventriculi	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Chronische Diarrhoë. . . .	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Kakke (Beriberi)	1	2	8	3	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	10	9	19
Summa	4	5	44	19	5	3	3	1	—	3	7	1	1	—	7	10	2	—	1	—	74	42	116
	9		63		8		4		3		8		1		17		2		1		116		

Digitized by Google

Tabelle XXIII.

Complications- und Nachkrankheiten nach der Krankheitsform.

Störungen und Krankheiten	Melancholia		Mania		Paranoia		Epilept. Irresein		Hyst. Irresein		Dement. paralyt.		Dement. senilis		Dement. terminal.		Intoxic.-Psychosen		Idiotie		Gehirnkrankheiten		Summa		
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	Sa.
1. der Entwickelung u. Ernährung	3	1	3	1	1	1	1	—	—	3	—	—	—	—	2	4	1	—	—	2	—	—	11	12	23
2. der Haut u. Muskeln	9	6	23	2	7	—	2	—	—	—	5	—	3	—	5	—	3	—	3	2	—	—	60	10	70
3. der Knochen u. Gelenke	1	1	2	4	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	4	—	—	2	1	—	—	9	11	20
4. des Gefässsystems	6	1	12	2	—	—	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	20	5	25
5. des Nervensystems u. der Sinnesorgane	4	4	18	9	2	3	1	—	—	5	8	1	3	—	6	3	3	—	3	1	1	1	49	27	76
6. der Respirationsorgane	2	—	15	3	2	—	1	1	—	4	—	—	—	—	—	1	3	—	—	—	—	—	23	9	32
7. des Verdauungssystems	3	1	9	4	3	1	—	—	—	6	—	—	1	—	1	3	2	2	—	—	—	—	19	17	36
8. der Harn- und Geschlechtsorgane	1	14	4	20	1	5	3	—	—	21	—	—	1	—	—	4	—	—	2	3	—	—	12	67	79
9. Verletzungen u. Verbrennungen	4	1	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3	9
10. Syphilis	1	—	16	7	2	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	—	4	—	—	—	—	—	30	7	37
11. Kakke (Beriberi)	4	1	9	7	1	1	1	—	—	—	2	—	—	—	1	4	—	—	1	—	—	—	19	13	32
Summa	11	30	112	60	21	11	12	2	—	42	15	1	9	—	19	23	16	2	12	9	1	1	258	181	439
	71		172		32		14		42		16		9		42		18		21		2		439		

Digitized by Google

Duboisinum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken.

Von

Dr. Vladimír Preininger,

Assistenten der böhm. psychiatr. Klinik in Prag.

Durch die Arbeit *Ostermayer*'s, die im 47. Band, Seite 286 bis 307 dieser Zeitschrift veröffentlicht wurde, angeregt, begann ich auf der böhm. psychiatr. Klinik[1]) versuchsweise Duboisinum zu verabfolgen, wobei ich einige interessante Beobachtungen machte, die jene Arbeit in Manchem ergänzen, in Manchem aber wesentlich von Schlussfolgerungen jenes Autors abweichen. Darum erlaube ich mir über meine Erfahrungen mit Duboisinum kurze Mittheilung zu machen, um zur Kenntniss dieses Mittels, das bis jetzt sehr wenig studirt wurde, beizutragen. Ich kann mich kürzer fassen, indem die Literatur über Duboisinum in *Ostermayer*'s Artikel erschöpft ist und da ich auch über jene Punkte, wo ich mit *Ostermayer* übereinstimme, nur kurz berichten werde. —

Duboisinum sulphuricum, das in Wasser vorzüglich löslich ist, wurde subcutan in Dosen 0,001 bis 0,003 g gegeben und zwar bis jetzt 134 Injectionen bei 49 Kranken (26 Männer, 23 Weiber). Diese Zahlen vertheilen sich nach einzelnen Krankheitsformen und Geschlecht folgenderweise:

[1]) Mit Erlaubniss des Vorstandes, Prof. u. Dir. Herrn Dr. *B. Cumpelik*, welchem ich hiermit für die Bewilligung der Benützung des klinischen Materiales, sowie für freundliches Entgegenkommen beim Veröffentlichen dieser Arbeit — wärmstens meinen Dank auszusprechen mir erlaube.

Digitized by Google

Krankheit	männl.	weibl.	zusamm.	Injectionen: bei Männ.	bei Weib.	zusamm.
Progress. Paralyse	12	—	12	38	—	38
Epilepsia c. man.	3	1	4	12	2	24
Anoia sec.	3	6	9	5	18	23
Dementia senil.	—	3	3	—	6	6
Paranoia chron.	2	—	2	4	—	4
Acuter Wahnsinn	—	2	2	—	5	5
Mania	3	6	9	11	14	25
Melancholia	2	5	7	5	11	16
Alkohol	1	—	1	3	—	3
Summa	26	23	49	78	56	134

Was die Wirkung anbelangt, so theile ich dieselbe in vier Grade: I. wo gar kein Erfolg zu bemerken war; II. wo sich nur somatische Symptome (welche ich unten näher besprechen werde) zeigten; III. wo eine sedative Wirkung, manchmal mit Schläfrigkeit eintrat; IV. Grad endlich bedeutet vollen hypnotischen Erfolg, aber nur wenn der Schlaf mindestens eine Stunde andauerte. — Summarisch also genommen war die Wirkung: I. in 5 Fällen (3,7 pCt.); II. in 12 Fällen (8,9 pCt.); III. in 31 Fällen (23,1 pCt.); IV. in 84 Fällen (64,3 pCt.). In zwei Fällen zeigten sich Intoxicationssymptome, deren Beschreibung unten folgen wird; darum rechne ich sie nicht mit.

Wenn wir näher betrachten, wie sich der Erfolg bei Männern und Weibern gestaltet, so bekommen wir diese Zahlen:

I. bei Männern 5 mal (6,4 pCt.); bei Weibern — (— pCt.)
II. - - 9 - (11,5 -); - - 3 mal (5,4 -)
III. - - 17 - (21,8 -); - - 14 - (25 -)
IV. - - 45 - (60,3 -); - - 39 - (69,6 -)

Man sieht sofort, dass bei den Frauen das Duboisinum besser wirkt als bei den Männern. Indem die III. und IV. Gruppe als eigentlicher Effekt bei jenen in 94,6 pCt. vertreten ist, ist es bei diesen nur in 82,1 pCt. der Fall.

Diese Zahlen will ich noch näher beleuchten, indem ich hier zwei Tabellen eingestellt habe, die nach der Grösse der einzelnen Dosen zusammengestellt sind. Darnach zeigt sich: A) Bei Männern

Digitized by Google

Dosis g		0,001	0,0015	0,002	0,0025	0,003
Wirkung:	I	1	3	1	—	—
-	II	2	5	2	—	—
-	III	4	5	8	—	—
-	IV	5	14	24	2	1
	Summe	12	27	35	2	1

B) Bei Weibern

Dosis g		0,001	0,0015	0,002	0,0025	0,003
Wirkung:	I	—	—	—	—	—
-	II	—	3	—	—	—
-	III	3	4	7	—	—
-	IV	1	16	22	—	—
	Summe	4	23	29	—	—

Aus diesen Zusammenstellungen liest man zwei Thatsachen heraus: 1) dass Duboisinum auch in kleineren Dosen bei Weibern ganz gut wirkt und 2) dass man die Dosis von 0,002 g als jene betrachten kann, die fast in allen Fällen, hauptsächlich bei Frauen volle sedative oder hypnotische Wirkung erzielt, die man also fast nie überschreiten braucht.

Will man ein Mittel auf seine beruhigende und schlafmachende Wirkung prüfen, so müssen wir auch darauf aufmerksam sein, in welchem Geisteszustande sich der betreffende Kranke befindet. Darum habe ich meine Fälle in drei Gruppen getheilt und zwar: A) umfasst diejenige mit expansivem Aufregungszustande und motorischer Unruhe; in B) gehören jene mit Depression; die C)-Gruppe sind ruhige Kranke, denen ich subcutane Injectionen machte, um besser die somatischen Symptome, die die Application des Duboisin begleiten, studiren zu können. — Zuerst sollen die Hauptsummen angeführt werden; diese sind:

Zustand:	in Fällen	Wirkung war:			
		I.	II.	III.	IV.
A. expans.	101	2 (2 pCt.)	6 (6 pCt.)	23 (22,8 pCt.)	70 (69,2 pCt.)
B. depr.	21	—	3 (14,5 pCt.)	7 (33,5 pCt.)	11 (52 pCt.)
C. norm.	10	3 (30 pCt.)	3 (30 pCt.)	1 (10 pCt.)	3 (30 pCt.)
		5	12	31	84

Digitized by Google

Wenn auch die Zahlen der Injectionen die beim depressiven und normalen Geisteszustande gemacht wurden nicht so gross wie jene beim expansiven, vielleicht zu gering sind, um ein Urtheil für die beiden Gruppen abgeben zu können — kann man doch behaupten, dass Duboisin hauptsächlich beim expansiven, mit motorischer Unruhe verbundenen Aufregungszustande als gutes Hypnoticum und Sedativum wirkt. Auffallend ist, dass beim normalen Temperament dieses Alkaloid in 60 pCt. nur eine somatische oder keine Wirkung hatte, obzwar die Dosen gerade in diesen 6 Fällen auch 1,5—2,0 mg enthielten. Eine Erklärung dieser Erscheinung ist schwer zu finden. —

Nach dem Geschlechte geordnet war: A) bei Männern: der

expans.	Zustand	in	60	Fällen	(Wirkung	III. u. IV.	54	mal	88,5	pCt.)
depress.	-	-	6	-	(-	- -	4	-	66	-)
normale	-	-	10	-	(-	- -	4	-	40	-)

B) bei Weibern:

expans.	Zustand	in	41	Fällen	(Wirkung	III u. IV	39	mal	95	pCt.)
depress.	-	-	15	-	(-	- -	14	-	93	-),

Auch aus diesen Zahlen folgt nur das, was ich schon oben gesagt habe: dass Duboisinum bei Frauen mächtiger wirkt, als bei den Männern; was den Geisteszustand betrifft, so hat Duboisinum bei beiden Geschlechtern verhältnissmässig dieselbe Wirkung.

Mit diesen Zahlen kann ich die „Statistik" meiner Versuche abschliessen und zu dem Beschreiben der Symptome, die die Injectionen von Duboisinum erzeugen, übergehen.

Die Wirkung trat in allen Fällen, wo sich die sedative oder hypnotische bemerkbar machte, in einer Zeit von 10 Minuten bis 1 Stunde ein. Im grössten Theile genügte eine Zeit bis $^1/_2$ St., um den vollen Erfolg herbeizuführen; je grössere Dosis war, desto früher konnte man eine Beruhigung des Kranken beobachten, was eigentlich fast selbstverständlich ist. — Dass ich eine längere Zeit als eine Stunde, die bis zum Eintreten der Wirkung nöthig ist, nicht verzeichnen kann, liegt gerade in dem Grunde, dass ich jene Fälle, wo der Schlaf erst nach $1^1/_2$ oder zwei Stunden eintrat, nicht in den III. oder IV. Grad der Wirkung einreihen kann; denn man kann nicht leicht beweisen, ob Duboisin in solchem Falle wirksam war. Darum habe ich auch zwei Fälle, wo eine Beruhi-

Digitized by Google

gung nach $1^1/_2$, resp. 2 St. eintrat, unter jene des II. Grades eingerechnet.

In manchen Fällen war wirklich der Effekt der Injection ein eclatanter: der motorisch unruhige, redselige Kranke zeigte schon nach einigen Minuten eine geringe Beruhigung, er setzt sich nieder; seine Agitation lässt nach, seine Sprache wird unverständlich und langsam. Und nach 10—15 Min. streckt sich der Kranke aus und schläft. Manchmal wieder geht der Kranke noch herum, sein Gang wird aber wankend, er fängt sich bei Bett an, legt sich nieder und schläft ein. Diese Vorläufer des Schlafes oder einer Beruhigung sind ziemlich in allen Fällen gleich. Es handelt sich aber darum, zu erforschen, was fühlt eigentlich der Betreffende nach der Injection. Aus diesem Grunde habe ich auch einigen ruhigen und ziemlich luciden Patienten Injectionen gemacht; nach ihren Schilderungen kann ich ein kurzes Bild dieser subjectiven Erscheinungen entwerfen.

Fast alle Patienten, die grösstentheils das Einstechen der Nadel gut ertragen, beschwerten sich über ein brennendes Gefühl, welches nach der Injection an der Stelle desselben[1]) durch mehrere Minuten anhielt, was nicht mit der Angabe *Ostermayer*'s (siehe seinen Artikel, S. 289 dieses Bandes) übereinstimmt. Als erstes Zeichen der eintretenden Wirkung stellt sich eine Müdigkeit im ganzen Körper, hauptsächlich in beiden unteren Extremitäten ein, so dass der Kranke nicht gehen, nicht stehen kann und sich setzen muss. Dann kann zweierlei eintreten: entweder tritt der Schlaf ein oder nur eine Beruhigung. Im ersten Falle erinnerte sich der Betreffende keiner weiteren Symptome; nur dessen, dass er schläfrig wurde, die Augen zumachte und einschlief. Nach dem Schlaf aber fühlte sich jeder sehr müde, „wie wenn er mit jemanden gerauft hätte oder betrunken wäre". Im zweiten Falle ist die Beruhigung nur ein solches Gefühl, wie es der Kranke nach Erwachen aus dem künstlichen Schlafe empfindet; die meisten schildern es mit den Worten: „Mir kommt es vor, dass ich mich tüchtig betrunken habe und wie wenn ich sehr schwach wäre". — Nach

[1]) Die Injectionen wurden immer unter die Brusthaut unter der Clavicula gemacht. Abscesse oder sonstige üble Nachtheile der Einspritzungen sind niemals entstanden.

Digitized by Google

all' dem kann ich nur annehmen, dass Duboisinum seine hypnotische und sedative Wirkung — wie Hyoscin — seinem lähmenden Einfluss auf das centrale Nervensystem verdankt; seine Erscheinungen imponiren mir mehr als eine Erschöpfung und nicht — wie *Ostermayer* — als Schläfrigkeit. Wenn jemand den ganzen Tag oder nur mehrere Stunden arbeitet, wirkt die Arbeit gewiss lähmend und erschöpfend auf das Nervensystem, was zur Folge Schläfrigkeit hat; so kann man sich auch erklären, warum die erwähnte Wirkung des Duboisinum auch einen Schlaf herbeiführt. Unterschied ist aber der, dass man nach dem physiologischen Schlafe munter wird und frisch ist, während man nach diesem künstlichen eine Müdigkeit spürt.

Die Dauer der Wirkung (nämlich der sedat. und hypnot.) war sehr verschieden: sie schwankte zwischen einer bis sechs Stunden und nur zweimal konnte ich eine achtstündige constatiren. Der Schlaf dauerte ununterbrochen nur in einem kleinen Bruchtheile der Injectionen durch mehrere Stunden. Grösstentheils konnte man beobachten, dass die Kranken 1—2 Stunden ruhig schliefen, dann wach wurden und noch durch einige Stunden eine Schläfrigkeit und Lust zum Schlummern zeigten. Während des Schlafes kann man die Patienten anrufen, den Puls zählen oder auch Temperatur messen: sie werden nicht wach, ja die meisten schliefen am Corridor unter dem grössten Lärm ganz ruhig.

Ueber eine dauernde Einwirkung der fortgesetzten Injectionen auf den Verlauf dieser oder jener Krankheit kann ich nicht berichten. Nachdem der Einfluss des Duboisinum aufhörte, war der Zustand des Kranken solcher wie vor der Injection.

Die somatischen Symptome waren: Mydriase, Gefühl der Trockenheit im Rachen und des Durstes, hie und da Kopfschmerzen und klonische Zuckungen der Gesichtsmuskeln (in zwei Fällen) und der oberen Extremitäten (welche wiederum den Einfluss des Duboisin auf die Nerven beweisen). — Die Puls- und Respirationsfrequenz blieb im grössten Theile vor und nach den Injectionen dieselbe; ein ungünstiges Einwirken des Alkaloides auf dieselbe wurde nicht beobachtet (ausser jenen zwei Intoxicationen!). Ja man kann eher ein günstiges Resultat in dieser Beziehung constatiren: denn die Zahl des Pulses, die durch die Aufregung bis 120—130 sich steigerte, kehrte während des Schlafes zur Norm

Digitized by Google

zurück; dasselbe gilt auch von der Respirationsfrequenz. — Auch die Functionen anderer Organe wurden durch die Injectionen nicht alterirt.

Man kann als unangenehme Nebenwirkungen auch die bis jetzt aufgezählten Symptome annehmen. Denn gewiss wäre es nicht angenehm demjenigen, der nur wegen Schlaflosigkeit sich eine Duboisininjection machen liesse, wenn nach dem Erwachen Erschöpfung, Kopfschmerz, Mydriasis bei ihm sich einstellten. Bei Geisteskranken verhält sich die Sache ganz anders, und man kann also von diesen Erscheinungen absehen; Hauptsache ist entweder Beruhigung oder Schlaf zu erzielen. Aber ich habe dennoch — wie schon gesagt wurde — in zwei Fällen solche Erscheinungen beobachtet, die auf eine Intoxication hindeuten, und die darum volle Aufmerksamkeit und Würdigung beanspruchen.

Der erste Fall betrifft einen 32jährigen, kräftigen Mann, der an Paranoia chronica leidet. Am 16. Dec. 1890 machte ich Nachmittags die erste Injection von 0,001 g Duboisini. Es trat keine Wirkung ein; selbst die Pupillen waren nur ganz gering erweitert. — Am 18. Dec. 1890 Nachmittags folgte II. Injection von 0,00175 g[1]). Nach 1 Stunde spürte der Kranke ein Gefühl von Trockenheit im Rachen und Durst, sowie Mydriase; auch sagte er „er hätte einen schweren Kopf". Dies verschwand ziemlich bald. — Die III. Dosis 0,00225 g am 5. Jan. 1891 Nachmittags verursachte eine mässige Schläfrigkeit und die erwähnten Symptome; nach 3 Stunden ist alles verschwunden. — Die IV. Dosis folgte am 15. Jan. 1891 um 2 Uhr Nachmittags; ich gab 0,003 g des Alkaloids. Puls ist voll, 90; Respiration 28, Temperatur 37,6° C. Etwa nach zehn Minuten sagt der Kranke, er wäre schläfrig, und bald nachher schläft er ein. Nach einer Stunde, als ich kam die Wirkung zu kontroliren, fand ich denselben im tiefen Schlaf; ich weckte ihn absichtlich und frug, was er verspürt. Er antwortete: „Geben Sie die Kinder weg, ich will sie nicht mehr sehen!" Dann erst sagt er, er sei sehr schläfrig, macht die Augen zu und schläft weiter. Um 5 Uhr, also 2 Stunden nach der Injection, steht er plötzlich auf, geht schwankend im Zimmer herum, sich bei dem Möbel etc. haltend, wirft

[1]) Eine volle Spritze von einer Lösung 10 aq. : 0,015 g und ¼ Spritze von Lösung 0,01 g : 10 aq. — Dasselbe gilt von Dosis 0,00225 etc.

Digitized by Google

die Betten und Kopfpolster untereinander, wobei er sagt: „Aber wird Herr Doktor sich nicht ärgern, dass ich da Ordnung mache?“ Dies dauerte fast eine halbe Stunde; dann geht er hinaus auf den Gang, befiehlt den Wärtern den „Schneemann“ abzuschaffen, der da steht, ärgert sich darüber, dass ihn so viele Menschen umstehen; endlich setzt er sich und schläft ein. Sein Gesicht ist dabei röthlich gefärbt, Puls 120; Respiration nicht gut zählbar, gewiss über 30; Temperatur 37,8° C. — Nach dem Erwachen (etwa um $^1/_2$7 Uhr Abends) fühlt der Kranke grosse Müdigkeit, beschwert sich über Kopfschmerz und Schwäche im ganzen Körper; dies verschwand nach 2 Stunden. Interessant ist, dass der Kranke seiner Hallucinationen und dessen, was er während des Schlafes machte, sich nicht erinnerte; er handelte also in einem somnambulen Zustande. — Da der Kranke früher nie eine Gesichts-Hallucination hatte und auch nachdem er sich von der Wirkung des Duboisins erholte, keine hatte, kann man nur annehmen, dass jene Erscheinungen, Hallucinationen und die motorische Unruhe, nur durch das Duboisinum verursacht wurden. Dies also bestätigt die Beobachtungen *Gibson*'s und *Tiger*'s [1]), *Davidson* [2]) und anderer.

Der zweite Fall ist seiner somatischen Symptome wegen bemerkenswerth. Der betreffende Patient, J. K., 30 Jahre alt, kam auf die Klinik in einem apathischen, fast stuporösen Zustande; auf Fragen antwortet er nicht. Zwei Tage später wurde er plötzlich tobsüchtig; er tanzt, singt, schreit, agitirt mit den Händen, wälzt sich herum und schwatzt in einem fort. Dies dauert einige Stunden; dann tritt wieder das erste Stadium ein. Seitdem wechseln in unregelmässigen Zeitabschnitten die beiden Stadien ab. Die Diagnose steht bei ihm noch nicht fest; nach den motorischen Symptomen und der Myosis der linken Pupille, welche fast nicht reagirt, kann man auf progressive Paralyse schliessen.

I. Dosis — 0,0015 g — wurde ihm den 11. Jan. 1891 Nachmittags injicirt; nach 2 Stunden noch keine Wirkung, auch die Pupillen sind nicht alterirt. — II. Injection wurde in der Höhe von 0,002 g am 14. Jan. Nachmittags gegeben. Es trat nach etwa $^1/_2$ St. ein einstündiger Schlaf ein. — III. Injection, 0,00225 g, gab

[1]) Siehe *Ostermayer*'s Artikel (S. 288 dieses Bandes).

[2]) Nach *Lewin*'s „Toxicologie“ 1885 (S. 298).

Digitized by Google

ich ihm am 19. Jan. Nachmittags; es folgte wieder nach $^1/_2$ St. Schlaf, der aber schon 4 Stunden andauerte. Die rechte Pupille grösser; die linke erweiterte sich nur sehr wenig. — Bei der IV. Injection (am 21. Jan. Nachmittags) stieg ich mit der Dosis auf 0,0025 g. Der Kranke, bei dem gerade der Aufregungszustand begann, wehrte sich gegen die Einspritzung heftig, so dass zwei Wärter ihn halten mussten. Er beruhigte sich zwar und blieb still liegen; aber nach etwa 10 Min. schon begann er wieder unruhig zu werden, setzte sich aufrecht im Bette und agitirte mit beiden Händen. Plötzlich fiel er zurück; sein Gesicht röthete sich mehr und mehr und sah wie gedunsen aus, der ganze Körper fühlt sich warm an. Die beiden oberen Extremitäten zeigen klonische Zuckungen, wobei der Kranke fortwährend sich den Kopf angreift. Etwa $^3/_4$ St. nach Injection ist die Respiration stertorös 40; Puls fadenförmig, nicht zählbar, 160—180, Temperatur 39,2° C. Der Kranke stöhnt. Seine Augenlider sind geschwollen, man kann sie nur mühsam von einander entfernen. Er spürt das Einstechen einer Nadel. — Ich machte schnell einige Aether-Injectionen, ordnete Eisumschläge auf den Kopf und Brust an. Nach und nach verringerten sich die Erscheinungen, bis nach 2 St. alle Gefahr vorüber war: Puls voll 100; Respiration normalen Charakters, 30, Temp. 38° C. Die Röthe des Gesichtes ist geschwunden, die Augenlider sind frei. Pupillen sind wie vor der Einspritzung! Subjective Empfindungen, die der Patient gewiss hatte, waren nicht möglich zu constatiren, da er — wie gesagt — gar keine Antwort giebt.

Auch diesen Fall halte ich für Intoxication, die jene Dosis 0,0025 g verursachte. Denn man kann sich nicht in anderer Weise die Erscheinungen erklären, als dass man annimmt, dass Duboisin auch auf die Herzthätigkeit, in grösseren Dosen gegeben, einwirkt. Auch dieser Fall hat Aehnlichkeit mit jenen, die von *Berner*, *Seely*, *Little* u. A. beschrieben wurden.

Ich kann mich also nicht den Beobachtungen *Ostermayer*'s anschliessen, der bei seinen 93 Injectionen niemals „Intoxicationserscheinungen, sowie üble Nachwirkungen" sah. Beide diese Fälle mahnen zur grossen Vorsichtigkeit beim Anwenden des Duboisinum, dessen Wirkung auch sehr von der Individualität des betreffenden Patienten abhängig ist. So z. B. bei einem anderen Paralytiker

Digitized by Google

erzeugte die Dosis von 0,002 nur geringe somatische Erscheinungen (Mydriasis, Durst) und erst nach 0,0025g trat bei ihm ein ruhiger Schlaf ein. Vom weiteren Steigen der Dosen liess ich nach jenen zwei Intoxicationen ab und verblieb bei 0,002 g pro dos; darum auch kann ich nur drei Dosen 0,0025 und eine 0,003 g in meiner „Statistik" ausweisen.

Es erübrigt noch etwas über das Verhalten des Alters gegenüber dem Duboisinum und über die mögliche Angewöhnung zu sagen. — In erster Hinsicht kann ich behaupten, dass Kind wie Greis jenes Mittel verhältnissmässig gut vertragen. Ich injicirte einem 15jährigen Knaben sowie einer 68jährigen, schwächlichen Frau immer Dosis 0,002g, ohne üble Nachwirkungen. Dem Alter nach waren:

von	15	bis	20	Jahren	3 Männer,	2	Weiber
-	21	-	30	-	4 -	8	-
-	31	-	40	-	12 -	4	-
-	41	-	50	-	4 -	4	-
-	51	-	60	-	3 -	4	-
-	61	-	70	-	— -	1	-

In Bezug auf die Frage, ob nach längerem Gebrauch eine Angewöhnung und dadurch eine Abschwächung der Wirkung des Mittels eintreten kann, sind meine Beobachtungen nicht geeignet dazu, ein definitives Urtheil auszusprechen. Ich beleuchte diesen Ausspruch durch Beispiel. In einem Falle (15jähr. Knabe — epil. c. mania) gab ich am 10., 12., 14., 15., 17., 19., 20. Januar — also 7 Dosen à 0,002g: und es stellte sich immer Schlaf ein. In anderem Falle (28jähr. alter Mann — mania ac.) wurde auch 0,002g injicirt: am 14., 15., 17., 19., 20., 21. und 23. Januar — also auch 7 Dosen; sechsmal schlief der Kranke durch mehrere Stunden, zum siebenten Male trat nur eine mässige Beruhigung ein. Ich meine, dass auch die Angewöhnung nur eine Sache der persönlichen Beschaffenheit des betreffenden Kranken ist; so wie D. bei manchen wirkt, bei anderen ohne Erfolg bleibt — so auch tritt bei jemandem mit der Zeit eine Abschwächung der Wirkung ein. Ob es constant bei jedem eintritt, ist sehr zweifelhaft.

Nur einige Worte über Versuche, die ich mit dem Duboisin intern (in Pulvern) mache und die ich noch fortsetzen will. Bis jetzt habe ich einigen Patienten, bei denen subcutane Dosen

Digitized by Google

0,002 g des Alkaloides hypnotisch wirkten, 20 Pulver à 0,0015 und 10 Dosen à 0,002 g (cum saccharo) innerlich gegeben. Der Effect war in fast allen Fällen keiner; nur einmal nach 0,0015 und zweimal nach 2 mg konnte man eine mässige Beruhigung und geringen mydriatischen Einfluss beobachten. Es scheint also, dass auch Duboisin — wie mehrere andere Alkaloide — subcutan angewendet einen weit grösseren Erfolg haben, als wenn dieselben innerlich genommen werden.

Es ist bekannt, dass einige Chemiker (*Ladenburg*) das Duboisinum nicht als Alkaloid sui generis anerkennen, sondern es für identisch mit Hyoscyamin halten; da in diesem Hyoscinum eigentlich der wirksame Bestandtheil ist, wäre es auch im Duboisin. Zwar ist es nicht zu leugnen, dass beide Alkaloide im Grossen und Ganzen qualitativ dieselben Erscheinungen[1]) hervorrufen können; aber quantitativ, was die Höhe der Dosen betrifft, sind sie verschieden. *Harnack* und *Mayer* zeigten schon, das Duboisinum 5 mal stärker wirkt als Hyoscyamin. Aus meinen und *Ostermayer's* Beobachtungen geht hervor, dass Hyoscin 2—3 mal stärker wirkt als unseres Alkaloid. Indem man schon durch 0,0005 g Hyoscini hypnotische Wirkung erzielen kann, muss man, um denselben Erfolg zu erreichen, mindestens 0,0015 g Duboisini injiciren. Darum ist meine feste Ueberzeugung, dass jenes wie dieses Alkaloid verschiedene Körper sind, die vielleicht chemischer Structur nach isomer sind.

Noch einen wichtigeren Unterschied zwischen beiden muss man hervorheben: Während man bei Hyoscin-Injection, mag dieselbe nur 0,0005 g enthalten, niemals sicher ist, dass Intoxication (Collaps) statt des erwarteten Schlafes oder Beruhigung nicht eintreten wird — ist diese Befürchtniss bei Duboisin ausgeschlossen. Bis zu 0,002 g kann man dieses Mittel injiciren, ohne üble Nachwirkungen hervorzurufen, und dabei versichert sein, dass fast in allen Fällen eine sedative oder hypnotische Wirkung sich einstellen wird. In dieser Eigenschaft liegt — nach meinem Urtheil — der Vortheil des Duboisinum vor Hyoscin. Ein Resumé meiner Beobachtungen möchte also folgendermaassen lauten:

---

[1]) Siehe z. B. *Conrad's* Schilderung der Hyoscin-Wirkung (citirt in *Ostermayer's* Artikel — dieses Bandes Seite 305).

Digitized by Google

1. Duboisinum sulphuricum kann bei Geisteskrankheiten, hauptsächlich bei jenen mit Aufregungszuständen verbundenen, empfohlen werden.

2. Seine Wirkung ist analog jener des Hyoscins, und es kann auch wie dieses üble Nebenwirkungen hervorrufen, aber nur in verhältnissmässig grossen Dosen (über 0,002).

3. Als höchste Dosis des Duboisinum, die — ohne jene Wirkungen — Beruhigung oder Schlaf fast immer herbeiführt, muss man 0,002 g annehmen; über diese Dosis zu gehen ist nicht rathsam.

4. Die sedative und hypnotische Wirkung des Duboisins stellt sich grösstentheils schon nach 10—20 Minuten ein und dauert 1 bis 8 Stunden. Der Schlaf ist aber nur im kleineren Theile der Fälle ein mehrstündiger; nach dem Erwachen hält einige Stunden Schläfrigkeit und Erschöpfung an.

5. Nach 0,0025 g und 0,003 g wurden Intoxicationserscheinungen beobachtet: motorische Unruhe, klonische Zuckungen der Extremitäten, Steigerung der Puls- und Respirations-Frequenz sowie der Temperatur (bis 39,2° C!), Kopfschmerz und Schwäche, Gesichtshallucinationen.

6. Die mögliche Abschwächung der Wirkung durch Angewöhnung scheint von der Individualität des Betreffenden abzuhängen, welche auch einen Einfluss überhaupt auf die Wirkungen zu haben scheint.

7. Innerlich genommen wirkt das Duboisinum viel geringer, indem selbst Dosen von 0,002 g (die subcutan fast immer wirken) ohne jeden sedativen Erfolg blieben.

Meine Arbeit kann ich auch nur — wie *Ostermayer* — mit dem Wunsche schliessen, man möge Duboisinum prüfen und Resultate veröffentlichen, damit auch dieses Mittel seine volle Würdigung endlich finde[1]).

[1]) In Spanien ist D. schon in die Pharmakopoea aufgenommen (*Moeller* „Pharmakognosie" S. 71).

Digitized by Google

Ueber einen Fall von erworbener Porencephalie mit secundärer Degeneration in der Opticusbahn und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses [1]).

Von

Dr. H. Kreuser - Winnenthal.

(Hierzu Taf. III.)

Krankengeschichte: Frau C. M., 62 Jahre alt, aufgenommen den 26. Juli 1890. Ein Bruder derselben seit 30 Jahren geisteskrank war früher vorübergehend in hiesiger Anstalt untergebracht gewesen, nachdem sich erst über die Nothwendigkeit der Internirung lebhafter Zwiespalt in der Familie erhoben hatte, indem ein Theil der Geschwister sich hartnäckig gegen die Anerkennung der bestehenden Störung gesträubt hatte. An diesem Streite scheint sich übrigens unsere Kranke activ wenig betheiligt zu haben. Sie lebte in guten Verhältnissen als alleinstehende kinderlose Wittfrau. Ihre geistige Begabung soll eine sehr gute gewesen sein, namentlich habe sie sehr viel Interesse für Kunst und Litteratur gehabt, daneben sich aber auch durch vielerlei Eigenheiten in ihrer Lebensweise ausgezeichnet. — Früher körperlich und geistig gesund hat sie, erstmals vor 4 Jahren einen Schlaganfall erlitten mit halbseitiger Lähmung und starker psychischer Erregung, von dem sie sich aber angeblich physisch und psychisch ziemlich rasch wieder erholt habe. Eingehendere Auskunft über die damaligen Krankheitserscheinungen war leider nicht mehr zu erhalten. Es müssen vorwiegend solche auf psychischem Gebiete gewesen sein, denn wie einer ihrer Brüder mittheilt, sei vom behandelnden Arzte die Verbringung in eine Irrenanstalt vorgeschlagen gewesen. Diesem offenbar recht objectiv beobachtenden Bruder erschien auch nach wieder eingetretener äusserer Beruhigung die Schwester seit jenem Schlaganfalle wesentlich verändert: unsicher und öfters wechselnd in ihren Entschliessungen, leiden-

---

[1]) Theilweise nach einem auf der 20. Versammlung südwestdeutscher Psychiater am 9. Nov. 1890 in Karlsruhe gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

schaftlich, misstrauisch und gereizt besonders gegen bisher ihr nahestehende Personen. Wohl um der drohenden Verbringung in eine Anstalt zu entgehen, verzog Pat. plötzlich nach einem anderen Wohnort, wo sie sich mehr und mehr von ihren Verwandten abschloss. Dem Bruder sandte sie noch einmal einen „nach Schrift und Inhalt von gänzlicher Verwirrung zeugenden" Brief, welchen dieser deshalb ihrem jetzigen Hausarzte mittheilte. Doch fand dieser keinen Grund zu weiteren Schritten, da ihm die allgemeine Nervosität und Launenhaftigkeit der Frau für hysterisch imponirten. Lähmungen, Störungen der Sprache, der Sensibilität, des Seh- und Hörvermögens hatte derselbe nicht beobachten können. — Subjectiv bestand seither ein Gefühl von Schwäche und rascher Ermüdbarkeit in der l. Körperseite, welches zwar die Frau nicht hinderte allein Ausgänge zu machen, selbstständig zu kochen, zu schreiben etc., ihr die Beschäftigung mit weiblichen Handarbeiten aber fast unmöglich machte. Die Schrift sei sehr zittrig geworden; auffallend häufig habe sie Dinge verlegt und beim Suchen stets den Eindruck grösster Hilflosigkeit gemacht.

Etwa ein Jahr nach dem apoplektischen Insult haben sich erstmals Anfälle von linksseitigen Convulsionen eingestellt, welche sich von da an in Zwischenräumen von 4—8 Wochen, bisweilen auch erst nach vierteljährigen Pausen wiederholten. Dieselben traten meist zur Nachtzeit auf, öfters im Anschluss an Unregelmässigkeiten der Lebensweise — Pat. soll sich viel Spirituosen im Schranke gehalten haben. — Bei erhaltenem Bewusstsein, hochgerötheten heissem Kopfe und sehr gesteigerter Herzaction habe erst der Mund angefangen Kaubewegungen zu machen, die Augen haben ängstlich geblickt, klonische Krämpfe der linken Unterextremität, besonders der Wade, sich eingestellt, manchmal sei auch das Bein zur Seite geschleudert worden. Die Dauer dieser Anfälle habe sich auf 2 bis 5 Stunden belaufen. Andern Tages sei Pat. regelmässig auffallend munter gewesen und habe höchstens über etwas Müdigkeit geklagt.

Daneben sei öfters die Verdauung gestört gewesen durch Neigung zu Diarrhoë und habe der allgemeine Ernährungszustand ganz auffallend binnen kurzer Zeiträume gewechselt; einmal intercurrirte ein hartnäckiger Icterus.

Im Laufe des letzten Jahres (1889) fing Pat. an viel über Schläfrigkeit bei Tage, Schlaflosigkeit bei Nacht, über Trockenheit in der Nase und Stirndruck zu klagen. October v. J. machte ein 2 Wochen hindurch sich alltäglich wiederholendes Nasenbluten schliesslich die Tamponade nothwendig. Dabei wird noch aus dem letzten Halbjahr hervorgehoben, dass die Frau „mitunter" geistig auffallend hell gewesen sei und sich viel mit Lectüre beschäftigt habe. Gleichzeitig sei aber auch vermehrtes Misstrauen gegen ihre Umgebung und Vergiftungsfurcht zu Tage getreten.

Am 14. Juli 1890 erfolgte ein ganz acuter Ausbruch tobsüchtiger Erregung, in welchem Pat. derart aggressiv wurde, dass sie alsbald in das Bezirksirrenlokal verbracht werden musste, von wo sie am 26. Juli nach Winnenthal kam. Der Bericht über den Status in den der Aufnahme vor-

Digitized by Google

hergehenden Tagen lautet: Pat. nimmt wenig Nahrung, spricht nicht, blickt mit stieren Augen um sich, ist unreinlich.

Bei ihrem Eintritt in die Anstalt bot die Kranke das Bild schweren agitirten Blödsinns mit unvollständigen Lähmungen, welches Bild sich bis wenige Tage vor dem Tode ganz gleich blieb und jede genauere Untersuchung unmöglich machte. — Beständig in Bewegung, war sie nicht im Stande allein zu stehen oder zu gehen, wälzte sich vielmehr meist auf dem Fussboden. Immerhin konnte sie sich in sitzende Stellung aufrichten und in dieser sich auf Fersen und Gesäss rutschend vorwärts bewegen. Die Bewegungen erschienen dabei kräftig und gut coordinirt; unzweifelhaft verfolgte sie in der Regel ein gesehenes Ziel. So pflegte sie namentlich nach jeder ihr nahe kommenden Person zu haschen und diese dann zäh an den Kleidern festzuhalten. Mimik und schamloses Sich-Entblössen schienen nicht selten cynischen Erotismus zu verrathen. Im Uebrigen war der Gesichtsausdruck blöde, gegen früher so verändert, dass der sie besuchende Bruder erst Zweifel an ihrer Identität hatte. Mimische und mastikatorische Musculatur waren fast fortwährend in Unruhe, wobei im Gebiete des linken Nerv. facialis eine deutliche Parese sich kundgab. — Die Augen waren meist weit aufgerissen, der Blick glänzend, unruhig suchend. Pupillen von mittlerer Weite; ihre Beweglichkeit einer ordentlichen Prüfung zu unterziehen, wurde nie möglich. War es zweifellos, dass die Kranke sah, so blieb es sehr zweifelhaft, ob sie das Gesehene auch zu unterscheiden im Stande war: beim Besuche des Bruders war keinerlei affective Regung zu bemerken, die auf ein Erkennen desselben hingewiesen hätte. — Auch über das Hörvermögen blieb ein bestimmtes Urtheil durch den psychischen Allgemeinzustand ausgeschlossen; nur soviel war mit Sicherheit festzustellen, dass ein Verständniss für das Gesprochene gänzlich fehlte. — Versuche zu sprechen machte die Kranke fast fortwährend, doch kamen nur unartikulirte, völlig unverständliche Laute zum Vorschein mit zwei vereinzelten Ausnahmen, indem sie einmal das Wort „Wasser" und ein anderes mal den Satz „das kann ich brauchen" vernehmlich aussprach, als ihr Wein geboten wurde. — Für letzteren zeigte sie eine entschiedene Vorliebe, auch andere flüssige Nahrung konnte ihr regelmässig beigebracht werden, während sie alle festen Speisen alsbald wieder ausspuckte. Wie sie dieselben unterschied, ob durch den Tast- und Geschmackssinn allein, ob auch unter Zuhülfenahme des Gesichts, war mit Sicherheit nicht zu eruiren. — Betreffs der Sensibilität ward erst während des komatösen Zustandes der letzten Lebenstage ein lebhaftes Zusammenschrecken des ganzen Körpers bei jeder Berührung auffallend, von Anfang an liess nur ein beständiges In-den-Mund-Greifen, als wollte sie Fäden aus demselben ziehen, auf Parästhesien der Mundschleimhaut wie bei Delirium tremens schliessen. — Konvulsionen kamen in der Anstalt keine mehr zur Beobachtung, ebenso wenig war an einer der Extremitäten Contractur, Lähmung oder Atrophie zu constatiren. — Die Functionen der Brust- und Bauchorgane

Digitized by Google

verliefen ungestört; die Excremente liess Pat. regelmässig unter sich gehen.

Vom 24. August trat an Stelle der bisherigen Unruhe Coma, Nahrung war keine mehr beizubringen, die Herzaction wurde irregulär, und unter den Erscheinungen des Lungenödems trat am 29. August der Tod ein.

Die 21 Stunden post mortem vorgenommene Section der sehr fettreichen Leiche ergab in Brust und Bauch: Lungenödem, fettige Degeneration der grossen Unterleibsdrüsen, sowie des Herzens und Atherom der grossen Arterien; im Kopf:

Schädel regelmässig brachycephal gebaut, seine Nahtverbindungen mit Ausnahme der Lambdanaht verwachsen. Schädelknochen durchweg nicht unerheblich verdickt, sehr diploë- und blutreich; äussere und innere Knochentafel dünn, nur im Stirntheil zeigt die letztere zahlreiche flachhöckerige Exostosen von Linsen- bis Erbsen-Grösse. Zwischen Schädeldach und Dura mater sehr feste Adhäsionen, so dass sich die letztere nur in Fetzen ablösen lässt, wobei die Meningealarterien in ihren Knochenfurchen zurückbleiben. Aus dem Subduralraum fliesst sehr reichliche wasserhelle Flüssigkeit ab. Die Pia mater erscheint ausser an den besonders zu beschreibenden Stellen weder getrübt, noch verdickt und lässt sich leicht von der Gehirnoberfläche abziehen; ihre grösseren Venen sind ziemlich blutreich. An den Gehirnarterien finden sich sklerotische Wandverdickungen in mässiger Ausdehnung.

Das Gehirn selbst ist (mit den weichen Häuten) 1100 g schwer und zeigt eine bedeutende Asymmetrie, die sich in den Gewichten der einzelnen Abschnitte (nach Abziehen der Pia mater soweit möglich) folgendermaassen ausdrückt:

Stirnlappen rechts	169 g
- links	188 -
Scheitel-Schläfen-Hinterhauptslappen rechts	172 -
- - - - links .	247 -
Hirnstamm	119 -
Kleinhirn	112 -

Diese Asymmetrie ist verursacht durch einen grossen porencephalischen Defect der r. Hemisphäre (Fig. 1), welcher vom mittleren Drittel des horizontalen Astes der Fissura Sylvii an deren ganze Umgebung in sich begreift und nach hinten in eine hochgradige Schrumpfung des Hinterhauptslappens übergeht. Dieser Defect hat die Form eines ungleichseitigen Keils, dessen Basis der eben erwähnten Gegend der seitlichen Hemisphärenoberfläche entspricht, dessen abgestumpfte Spitze nach dem Unterhorn des Seitenventrikels und der Insel, deren hinterer atrophischer Abschnitt im Grunde des Defects sichtbar wird, gerichtet ist. Vom Ventrikel ist dieser Defect noch getrennt durch schwartig verdickte, in unregelmässige Falten gelegte Hirnhäute, die auch den Rändern des Defects ebenso wie den atrophischen Partien fest adhäriren. Von oben, vorn und unten fallen

Digitized by Google

äusserlich anscheinend wohl erhaltene Windungen steil in den Krater des Defects ab, nach hinten läuft derselbe ziemlich flach aus in die zu unregelmässigen Zügen zusammengeschrumpften Windungen des Occipitallappens. — Am gehärteten Präparate eingehender untersucht, erweisen sich als durchaus wohl erhalten, jedoch nicht ganz symmetrisch ausgebildet die Gyri und Sulci beider Stirnlappen einschliesslich der vorderen Centralwindungen. Nur unmittelbar vor ihrem Uebergang in die Klappdeckelwindung erscheint das unterste Ende der rechten vorderen Centralwindung etwas verschmälert, deutlicher ist dies der Fall mit der Klappdeckelwindung selbst und noch mehr beim unteren Drittel der hinteren Centralwindung, welch' letzteres zugleich nach hinten und unten umgeschlagen in die Trichterwand des vorerwähnten Defects abfällt. Schnitte durch letzteren Windungsabschnitt zeigen, dass derselbe vom Defect gleichsam unterminirt ist, sodass er nur noch durch eine schmale Verbindungsbrücke mit der Hemisphärenmasse zusammenhängt. Bei mikroskopischer Untersuchung von mit Pikrocarmin gefärbten Schnitten aus dieser Windung zeigt sich die graue Rindensubstanz so gut wie unverändert, die Markleiste dagegen erheblich verschmälert von dichten Bindegewebszügen mit zahlreichen Spinnenzellen durchzogen, in welchen sich nur spärliche markhaltige Nervenfasern zerstreut vorfinden. Am stärksten ist der Faserschwund im Centrum der Markleiste. Vom Scheitellappen sind im Uebrigen alle zwischen dem convexen Hemisphärenrande und der deutlich zu verfolgenden Fissura interparietalis gelegenen Windungen intact, die unterhalb der letzteren befindlichen aber mehr oder weniger verschmälert und in die Wand des Defects einbezogen; der Gyrus angularis fehlt so gut wie ganz. Die verschmälerten Windungen sind wie dies bei der hinteren Centralwindung geschildert und auf Fig. 3 bei X ersichtlich ist an mehreren Stellen vom Defect unterminirt. — Vom Hinterhauptslappen ist auf der convexen Fläche nur der Gyrus occipitalis superior erhalten, der Rest so sehr geschrumpft, dass Gyri und Sulci daselbst kaum mehr zu differenziren sind. Diese geschrumpfte Partie hat (am gehärteten Präparate) die Consistenz eines weichen Leders, auf der Schnittfläche eine schmuzig orangegelbe Farbe und lässt eine Sonderung von Rinden- und Marksubstanz nicht mehr erkennen. Ausgeschnittene Stückchen zerfallen leicht beim Zerzupfen und erweisen sich bei mikroskopischer Untersuchung als bestehend aus Körnchenzellen, feinkörnigem Detritus, Fettsäurenadeln und relativ zahlreichen Blutgefässen. — Vom Schläfenlappen endlich ist die obere Windung nur in ihrem vorderen Drittel erhalten, das mit seinem hinteren Ende steil in den Defect abfällt; mittlere und untere Schläfenwindung sind erhalten mit Ausnahme ihrer hinteren Enden, welche in derselben Weise wie die anstossenden Occipitalwindungen geschrumpft sind.

Auf der medialen Seite der Hemisphäre (Fig. 2) sind vom Stirnende bis zum Praecuneus, diesen eingeschlossen, Furchen und Windungen von typischer Anordnung und unversehrt. Vom Cuneus dagegen ist nur der

Digitized by Google

obere Rand und die vordere Spitze noch leidlich erhalten, der weitaus grössere Rest nebst dem Gyrus descendens, sowie die angrenzenden hintersten Enden des Gyrus lingualis und fusiformis sind in die Schrumpfung mit einbezogen. Es erscheint hierdurch die Fissura parieto-occipitalis und noch mehr die Fissura hippocampi bedeutend verkürzt. Die mediane Fläche des Schläfenlappens ist mit Ausnahme der eben erwähnten Veränderungen an seinem hintersten Ende unversehrt.

An der gehärteten Hemisphäre in annähernd frontaler Richtung angefertigte Durchschnitte (von welchen in Fig. 3, 4 und 5 einige abgebildet sind) mögen zur Vervollständigung der Beschreibung des Defects und der Schrumpfung dienen. Sie zeigen, dass Erweichung und Schrumpfung vom Occipitalpol der Hemisphäre bis zum hinteren Ende des Seitenventrikels reichen, das durch den Schwund der Gehirnmasse eine solche Abstumpfung erfahren hat, dass kaum mehr von einem Hinterhorn gesprochen und ein deutlicher Calcar avis nicht mehr unterschieden werden kann; dass die Erweichung in der weissen Substanz weiter nach vorwärts reicht, als sie die Rinde zerstört hat, in ihr sich nicht überall ganz scharf gegen das gesunde Gewebe absetzt, und von letzterem noch Reste zwischen sich und dem Defect erhalten gelassen hat (Fig. 4); endlich dass die laterale Wand des Seitenventrikels nur in ihrem hintersten Abschnitte noch von einem schmalen Saume erhaltener Gehirnsubstanz, weiter vorwärts ausschliesslich von den verdickten Hirnhäuten, welche den Grund des Defects auskleiden, gebildet wird. Noch ist aus diesen Schnitten ersichtlich, dass auch im Bereiche der erhaltenen Windungen die Markmasse eine nicht unerhebliche Reduction im Vergleiche zur anderen Seite erfahren hat.

Die linke Grosshirnhemisphäre (Fig. 6) ist in ihrer äusseren Gestalt gut erhalten und zeigt in ihren Windungsverhältnissen ausser einer Verdoppelung der oberen Hälfte der vorderen Centralwindung nichts Auffallendes. Annähernd symmetrisch mit dem Defect auf der rechten Seite findet sich hier ein Erweichungsheerd, in dessen Bereich die Rinde schmuziggelb verfärbt ist. Seine Grenzen werden sicherer als durch das Auge durch den tastenden Finger bestimmt. Auch im Bereich derselben sind die Windungen kaum verschmälert, nur etwas abgeflacht. Der Erweichungsheerd beginnt ungefähr an der Grenze des mittleren und hinteren Drittels des horizontalen Astes der Fissura Sylvii, diesen hier nach oben mit einem kleinen Ausläufer überschreitend. Weiterhin folgt ihre obere Grenze dieser Spalte, während sie nach abwärts bis zum Scheitel der zweiten Schläfenwindung reicht; weiter rückwärts sich mehr nach oben verbreiternd, greift sie auf den Gyrus angularis über und endigt nach hinten mit einer geschweiften Linie, welche dicht hinter die (ideale) Abgrenzung des Hinterhauptlappens fällt. — Auf der medialen Seite dieser Hemisphäre fehlt ein pathologischer Befund. — Schnitte erweisen (Fig. 7 und 8), dass der Erweichungsheerd in keilförmiger Gestalt, die Basis gegen die convexe Oberfläche gekehrt, mit ihrer Spitze bis dicht an die Ventrikelwand heranreicht,

Digitized by Google

eben noch einen schmalen Saum intacter Gehirnsubstanz zwischen sich und dieser frei lassend. Die grösste Breite des Keils fällt übrigens auf den meisten Schnitten nicht in die Oberfläche der Rindensubstanz, sondern wenige Millimeter einwärts von dieser; auch reicht frontalwärts, wie occipitalwärts die Erweichung in der Markmasse wesentlich weiter als in der Rinde, in letzterer Richtung bis zur Spitze des Hinterhorns, in ersterer bis einwärts vom unteren Ende der hinteren Centralwindung. — Zupfpräparate aus dieser fast breiig zerfliessenden Masse unterscheiden sich von den aus den erweichten Partien der andern Seite dadurch, dass sich relativ mehr Körnchenzellen und deutliche Reste nervöser Elemente finden, dagegen weniger feinkörniger Detritus, keine Krystalle und relativ weniger Gefässe. — Der Balken ist von den Veränderungen der Hemisphären unberührt geblieben.

Am ausgeschälten Hirnstamm ist von der rechten Insel nur die vorderste Windung vollständig, die zweite rudimentär erhalten; an Stelle der übrigen findet sich eine fast glatte mit schwartig verdickter Hirnhaut überkleidete Fläche. — Der bei Ausschälung des Stammes gewonnene Stabkranzdurchschnitt zeigt rechts in der vorderen Hälfte seiner dorsalen Fläche dieselbe Breite wie links (Fig. 9). Von einer durch die Tubercula anteriora der Sehhügel gezogenen Linie an nach rückwärts verjüngt er sich rasch bis zu einer schliesslich kaum noch 2 mm dicken Lamelle, mit welcher er neben dem Schweif des Nucleus caudatus zur basalen Fläche umbiegt. Hier bleibt er erst eine kurze Strecke lang so schmal, um sich dann von der Höhe des äusseren Kniehöckers an nach vorn wieder rasch zu verbreitern, ohne jedoch hier ganz die Breite der andern Seite zu gewinnen (Fig. 10). — Nuclei caudati beiderseits ohne jeden pathologischen Befund. Der Thalamus opticus der r. Seite ist in allen seinen Durchmessern erheblich geschrumpft (Fig. 9 und 11—15). Hauptsächlich betrifft die Volumsverminderung das Pulvinar und die hintere Hälfte des lateralen Thalamusabschnitts; das Tuberculum anterius springt dadurch rechts etwas stärker vor; Ganglion habenulae etwas nach vorn verschoben, sonst unverändert. An den Vierhügeln ist eine ganz leichte Abflachung der rechten Seite zu bemerken; deutlicher ist eine Verschmälerung der Vierhügelarme. Das Corpus geniculatum internum rechts ist zu einer schmalen Falte zusammengeschrumpft; das Corp. genic. externum gleichfalls, jedoch nicht so erheblich verschmälert. Der rechtsseitige Tractus opticus zeigt nur in seinen Wurzeln eine deutlich erkennbare Verschmälerung; in seinem weiteren Verlaufe scheint er an Breite dem der andern Seite gleichzukommen, ebenso wie beide Nervi optici keinen Unterschied ihrer Durchmesser erkennen lassen. Mit der Mittellinie bildet der r. Tractus einen merklich spitzeren Winkel als der l., was verursacht ist durch eine beträchtliche Verschmälerung des Hirnschenkelfusses. Diese betrifft dessen laterales Drittel, das zugleich graue Verfärbung und Mangel der charakteristischen streifigen Zeichnung bietet. — Am Corpus mammillare ist ein deutlicher Unterschied

Digitized by Google

zwischen beiden Seiten nicht zu erkennen. Eine leichte Abflachung zeigen die r. Seite der Brücke und die r. Pyramide der Medulla oblongata, doch lässt sich diese unzweideutig erst an Querschnitten feststellen. — Kleinhirn ohne pathologischen Befund.

Der gehärtete Hirnstamm wurde vom Rückenmarksende der Oblongata an beginnend bis zur vorderen Commissur in eine fortlaufende Schnittserie senkrecht zu seiner Längsachse zerlegt und die Schnitte mit Carmin gefärbt. Dieselben (aus äusseren Gründen nur zur Untersuchung mit schwacher Vergrösserung geeignet, weshalb auf histologische Details im Folgenden nicht eingegangen werden kann) zeigen zunächst in Ergänzung des bereits an der Hemisphäre geschilderten Befundes eine vollständige Atrophie der Insel, sammt Vormauer und äusserer Kapsel. An Stelle derselben findet sich (Fig. 11—15) nur einige wenige Millimeter breite Narbenmasse, welcher nach aussen in unregelmässiger Linie eine sehr gefässreiche bindegewebige Schwarte anliegt. Die Narbenmasse, feinkörnig granulirt und massenhaft Spinnenzellen enthaltend, ist von zahlreichen meist stark geschlängelten Gefässen durchsetzt und lässt nirgends mehr Reste von nervösen Elementen erkennen. Sie legt sich als äussere Begrenzung unmittelbar an das Putamen des Linsenkerns an, dieses auch an seinem oberen und unteren Rande noch umgreifend, mit einzelnen atrophischen Faserzügen auch durchsetzend. Von diesen abgesehen erscheinen die Gewebselemente des Linsenkerns selbst und ebenso die des Nucleus caudatus vollkommen intact.

Die Schnittreihe vom caudalen Ende nach vorwärts verfolgend, trifft man den atrophirten Stabkranzdurchschnitt der hinteren Abschnitte der r. Hemisphäre anfangs nur in Gestalt eines schmalen Saumes von Narbengewebe derselben Beschaffenheit, wie es eben beschrieben wurde. Einige Schnitte weiter vorwärts legt sich demselben auf der medianen Seite ein ganz dünner Streifen erhaltener Nervenfasern an (St. Fig. 15), welcher, nachdem auch noch der Schweif des Nucleus caudatus in die Schnittebene gefallen ist, dicht an dessen äusserer Seite bleibt. Allmählich sich nach vorn verbreiternd stellt er am hinteren Rande des Linsenkerns etwa die mediane Hälfte der Breite der inneren Kapsel dar (Fig. 14). Dorsalwärts verjüngt sich deren erhaltene, verbreitert sich die atrophische Partie. Die nirgends sehr scharfe Grenze zwischen beiden wird weiter frontalwärts immer undeutlicher, indem einerseits atrophische Faserzüge medianwärts abschweifen, andererseits markhaltige Fasern aus dem Linsenkern die atrophische Partie durchsetzen. Die abschweifenden atrophischen Züge lassen sich nach dem äusseren Kniehöcker hin verfolgen. An des letzteren frontalem Ende wendet sich eine compactere Fortsetzung des atrophischen Kapselantheils der Mittellinie zu, um sich unmittelbar in das Corpus geniculatum internum und das Pulvinar thal. opt. hinein, sowie das Corp. genic. ext. dorsal und frontal im Bogen umgreifend in die seitliche Region des Hirnschenkelfusses fortzusetzen. Es wird so in den zwischen dem Corp.

Digitized by Google

genic. ext. und dem frontalen Ende der hinteren Commissur gelegenen Schnittebenen die innere Kapsel ungefähr in der Mitte ihrer verticalen Höhe durch die atrophische Partie in breiter Linie durchbrochen (Fig. 13). Indem diese Unterbrechung vor der genannten Höhe sich wieder verliert, beschränkt sich von da an das atrophische Feld in der inneren Kapsel auf einen schmalen Saum längs der medianen und oberen Begrenzung des Linsenkerns (Fig. 12). Dieses hört etwa von der Mitte der Commissur. med. an auf einen continuirlichen Streifen zu bilden, nur am oberen Rande des Linsenkerns bleibt noch ein Rest atrophischer Faserzüge, die hier einen Ausläufer des an Stelle der äusseren Kapsel etc. getretenen Narbengewebes zu bilden scheinen und von denen sich stellenweise ein Eindringen in die Marklamellen des Linsenkerns besonders zwischen äusserem und mittlerem Glied erkennen lässt (Fig. 11).

In derselben Reihenfolge an den Schnitten das Verhalten des geschrumpften r. Sehhügels prüfend trifft man, so lange die Schnitte nur das Stratum zonale treffen, ausschliesslich erhaltene Nervenfasern (Fig. 15). Die grosse Masse des Pulvinar färbt sich intensiv roth und lässt nur in seiner dorsal- und medianwärts vorspringenden Wölbung noch erhaltene Ganglienzellen erkennen; auch diese zweifellos in verminderter Anzahl und geschrumpft. Markhaltige Fasern fehlen fast ganz, die Glia erscheint beträchtlich gewuchert. In den lateralen Abschnitten dagegen fehlt jede Spur von nervösen Elementen und ist nur noch von einem reich entwickelten Capillarnetz durchzogenes Glia-Gewebe zu erkennen. Ein Erweichungsheerd oder Höhlenbildung fehlt. — Frontalwärts von der hinteren Commissur und zwar je weiter desto mehr sind alle medianen und basalen Thalamusabschnitte, Tuberculum anterius, Ganglion habenulae gut erhalten: die Atrophie beschränkt sich mehr und mehr auf die dorsalen Partien der äusseren Thalamusregion, auch hier in ihrem verticalen Durchmesser rasch abnehmend (Fig. 12. 11), sodass sie schliesslich nur noch einen schmalen dunkelrothen Streifen dicht unter der Ventrikeloberfläche darstellt. So erscheint vorn der r. Thalamus, dessen Pulvinar kaum $^1/_3$ so breit ist, wie das des l., nur noch an seiner dorsalen Oberfläche etwas schmäler, die Gitterschicht mit dem entsprechenden Ende etwas mehr einwärts gekrümmt, als auf der l. Seite, und zwar in nach vorn abnehmendem Grade; die grosse Masse ebenso wie die gesammte Regio subthalamica ist frei von jeglichem pathologischen Befunde.

Das Corpus mammillare zeigt auf den Schnitten rechterseits eine ganz leichte Abflachung, welche ausschliesslich auf Rechnung seines lateralen Ganglions zu kommen scheint, das intensivere Färbung und verminderte Anzahl seiner Ganglionzellen erkennen lässt. Ebenso erscheint der Querschnitt der r. Fornix-Säule etwas kleiner, als der der linken, während *Vicq d'Azyr*'sches Hauben- und *Meynert*'sches Bündel keine Veränderung zeigen.

Vollständig in Narbengewebe umgewandelt ist das r. Corpus geni-

Digitized by Google

culatum internum; das Corpus geniculatum externum bietet eine Reduction besonders in seinem queren Durchmesser; wohl erhalten sind dabei dessen medianwärts gelegenen grosszelligen Ganglienzellengruppen; die lateralen kleinzelligen sind erheblich verschmälert und ebenso die Mark-Lamellen zwischen den grauen Schichten, die sich zugleich intensiver färben.

Im r. Tractus opticus lässt sich eine etwa $^1/_4$ seines Querschnitts einnehmende atrophische Partie erkennen, die an dessen Ursprung rein dorsal gelegen ist, je weiter nach vorn desto mehr in dessen Centrum eindringt und in das Chiasma eintritt. Die Nerv. optici waren leider zur Untersuchung nicht mehr geeignet.

Erheblich geschrumpft und des grössten Theils ihrer markhaltigen Fasern verlustig, erscheinen beide Vierhügelarme der r. Seite; die Vierhügel selbst bieten wohl eine leichte Abflachung ihrer Wölbung und eine intensivere Färbung ihrer oberflächlichsten Schichten, sonst keinerlei Structurveränderungen.

Jeglicher pathologischer Befund fehlt an der Schleife, dem Haubentheil des Hirnschenkels, wie der Brücke, der Substantia nigra, den sämmtlichen Hirnnerven und ihren Kernen, endlich der Medulla oblongata mit Ausnahme einer geringen Volumsabnahme der rechtsseitigen Pyramide (Fig. 19). In dieser sind zugleich die Bindegewebssepta etwas stärker als auf der l. Seite, eine geschlossene Atrophie fehlt. Im Rückenmark ist ein Unterschied zwischen beiden Seiten nirgends mehr zu erkennen.

In die laterale Partie des Hirnschenkelsfusses liess sich ein aus dem hintersten Abschnitt der inneren Kapsel eintretender atrophischer Faserzug verfolgen (Fig. 13). Dieser nimmt in seinem weiteren Verlauf bis zum Eintritt in die Brücke stets den basalen Abschnitt des lateralen Drittels des Fusses ein (Fig. 14), ist aber weder dorsal noch medial sehr scharf begrenzt; ausser einzelnen erhaltenen Fasern, die in ihm sich auffinden lassen, schieben sich vielmehr auch noch grössere Bündel grösstentheils erhaltener Fussfasern zwischen die atrophischen Partien, und zwar ist dies hauptsächlich am Grosshirnende des Fusses der Fall; beim Eintritt in die Brücke ist das atrophische Bündel am besten begrenzt und finden sich in ihm nur ganz vereinzelte erhaltene Fasern. Von der Atrophie völlig unberührt bleibt die dorsale der Substantia nigra unmittelbar anliegende Partie des Fusses in dessen ganzer Breite, von dessen basalen Abschnitten das mediale und weitaus der grösste Theil des mittleren Drittels.

In den ventralen Abschnitt der Brücke eingetreten, behält der atrophische Faserzug im Ganzen seine seitliche Lage auch hier bei — nur vereinzelte Bündel schweifen medianwärts ab — und lässt sich in dieser allmählich an Querschnitt abnehmend und sich auch wieder mehr mit erhaltenen Faserzügen vermischend bis gegen das caudale Ende der Brücke verfolgen (Fig. 15—18). In diesem Verlauf nehmen die atrophischen Par-

Digitized by Google

tien an der Durchbrechung durch die Querfaserung der Brücke anscheinend in gleichem Maasse Antheil, wie die erhaltenen Längsfaserzüge. — Mit den lateralen Längsfaserbündeln ist ein grosser Theil der denselben anliegenden netzförmig zerstreuten Ganglienmasse im Innern der Brücke der Atrophie verfallen, und zwar erstrecken sich auch diese Veränderungen bis zum caudalen Brückenende, dessen Nähe Fig. 20 entnommen ist. Ferner findet sich atrophirt die sich lateral an die Eintrittsstelle des Fusses unmittelbar anschliessende, diesen gegen den Brückenarm gewissermaassen abgrenzende Anhäufung ziemlich grosszelliger Ganglienmassen (Fig. 15. 16. 17 Npl.) und endlich der Nucleus arciformis der r. Pyramide (Fig. 19). In den atrophischen Kernpartien erscheint hauptsächlich geschwunden die intercellulare Grundsubstanz und deren zierliche Verästelung, die Ganglienzellen selbst sind, wenn auch geschrumpft und undeutlicher in ihren Conturen, meist noch erhalten (Fig. 20a): doch finden sich auch Partien, in welchen solche nicht mehr zu differenziren sind (Fig. 20b). — In den Querfaserzügen der Brücke ist weder eine Volumsabnahme, noch irgend welche degenerative Veränderung nachzuweisen und ebenso wenig in den Brückenarmen.

Das Kleinhirn wurde mikroskopisch nicht untersucht.

Der in Vorstehendem beschriebene pathologisch-anatomische Befund ist instructiv sowohl wegen der Veränderungen an den Hemisphären, welche als primäre Erkrankungen zu betrachten sind, als wegen derjenigen am Hirnstamm, die als secundäre Degeneration aufgefasst werden müssen.

Man wird wohl kaum fehl gehen, wenn man in den ersteren drei verschiedene Verlaufsstadien eines pathologischen Prozesses gleichzeitig vor Augen geführt erblickt, deren letztes sich in der Defectbildung der Schläfen-Scheitelregion der r. Hemisphäre darstellt. Die kraterförmige die ganze Dicke der Hemisphäre bis dicht zur Ventrikelwand durchsetzende Form derselben charakterisirt sie als Porencephalie im Sinne *Kundrat*'s[1]), für welche sich die Entstehung im späteren Lebensalter nachweisen lässt[2]).

[1]) *Kundrat*, Die Porencephalie 1882.

[2]) Angeborene und erworbene porencephalische Defecte gleichen sich in ihrer Ausdehnung durch die ganze Dicke der Hemisphäre bis dicht an den Ventrikel heran, wenn nicht gar Communication mit demselben stattfindet, in trichterförmiger Gestalt, die nur bei den ersteren dadurch modificirt wird, dass beim noch unentwickelten Gehirn die den Defect begrenzenden Windungen zu dessen Deckung secundär herangezogen werden, was am ausgebildeten Organ nur in geringem Maasse möglich ist. Dieser Un-

Digitized by Google

Nach *Kundrat*'s Ausführungen, deren Richtigkeit durch den vorliegenden Fall meines Erachtens nur bestätigt wird, sind diese porencephalischen Defecte nichts Anderes als das Schlussergebniss einer ischämischen Gehirnerweichung mit nachfolgender Resorption der nekrotisirten Gewebsbestandtheile, für deren Zustandekommen Voraussetzung nur ist, dass von derselben Rinden- und Marksubstanz gleichzeitig und in nicht zu geringer Ausdehnung betroffen werden. Das Anfangsstadium einer solchen Erweichung und zwar in einer Umgrenzung, durch welche der Defect der anderen Seite fast genau vorgezeichnet ist, bis auf die Unterminirung der denselben begrenzenden Windungen, zeigt in unserem Falle die l. Hemisphäre, ein Stadium unvollendeter Resorption der geschrumpfte rechte Occipitallappen.

Die Entstehung der beiderseitigen Scheitel-Schläfenlappenaffectionen erlaubt uns eine epikritische Betrachtung der Krankengeschichte noch zu datiren.

Kann doch kein Zweifel darüber sein, dass durch den 4 Jahre vor dem Tode stattgehabten Insult die r. Hemisphäre des Gehirns eine dauende Läsion erlitten haben muss. Auffallend sind die starken Reizerscheinungen besonders auch auf psychischem Gebiete, unter welchen jener Insult aufgetreten ist, weniger auffallend bei dem Sitze des Defects die Geringfügigkeit der zurückgebliebenen Ausfallssymptome. Die motorische Zone der Hirnrinde hatte ja nur in geringer Ausdehnung nothgelitten. Eingehendere Prüfung hätte ja wohl auch objectiv eine den subjectiven Störungen entsprechende Beeinträchtigung der Functionen constatiren lassen, wahrscheinlich auch eine solche des Hörvermögens auf dem l. Ohre, ein Ausfallssymptom, das nach *Wernicke*[1]) meist übersehen wird. Unter den der Beobachtung ungünstigen Verhältnissen waren diese Erscheinungen und die Beschwerden der Patientin zusammen mit den Zeichen einer theilweise dissimulirten Paranoia in dem Gesammteindruck einer Hysterie aufgegangen, unter welchem Begriff sich

---

terschied und das auf zwei allerdings sehr weit auseinanderliegende Lebensperioden vertheilte Vorkommen scheint mir noch kein ausreichender Grund zu sein, diese Defectbildungen, wie *Schattenberg* will, nicht unter einem Namen zu vereinigen, insolange wenigstens nicht eine für beide verschiedene Pathogenese nachgewiesen ist.

[1]) *Wernicke*, Lehrbuch der Gehirnkrankheiten II. pag. 178.

Digitized by Google

auch die in der Folge beobachteten Krampferscheinungen noch unterbringen liessen.

Dem Beginn der linksseitigen Erweichung, welche wie die rechtsseitige Affection das Gebiet der Arteria parietalis posterior (4. Astes der Art. foss. Sylv.), nur ihrer Abgangsstelle etwas ferner beginnend, umfasst, ist ebenfalls durch einen Anfall starker psychischer Erregung mit lebhaftem motorischen Drange bezeichnet, wie er $6^1/_2$ Wochen vor dem Tode berichtet wird. Unter fortdauernden cerebralen Reizerscheinungen kam es jetzt zu acutem Blödsinn, der vielleicht noch schwerer, als er in Wirklichkeit war, erschienen sein mag durch die Worttaubheit, das einzige mit annähernder Sicherheit festzustellende Ausfallssymptom. An dem Bestehen einer schweren organischen Gehirnerkrankung konnte jetzt freilich ein Zweifel nicht mehr sein, für eine präcisere Diagnose über deren Natur und Localisation lagen die Verhältnisse auch jetzt noch ungünstig.

Nicht so zuverlässige Anhaltspunkte lassen sich für die Datirung der Affection des r. Hinterhauptslappens auffinden. Eine gesonderte Stellung wird für sie schon darum in Anspruch genommen werden müssen, weil sie ein ganz anderes Arteriengebiet, das der Art. occipitalis (3. Astes der Art. prof. cerebr.) zum Sitze hat. Ihrem anatomischen und histologischen Verhalten nach muss sie zeitlich zwischen die beiden oben besprochenen Erkrankungen fallen. Da nun ein Insult aus dieser Zeit nicht berichtet wird, und da das aus dem Sectionsergebniss vorauszusetzende Ausfallssymptom dieser Region, rechtsseitige Hemiopie, weder subjectiv noch objectiv bemerklich geworden war — nur die erwähnte Hilflosigkeit beim Suchen verlegter Gegenstände kann in diesem Sinne gedeutet werden, — so darf man vielleicht annehmen, dass nicht das ganze Gebiet des Hinterhauptslappens gleichzeitig, sondern stückweise in mehreren wohl rasch aufeinander folgenden Schüben von der Erweichung befallen worden sein mag.

Für die zuletzt erwähnte Affection liesse sich auch noch eine andere Pathogenese denken. Durch die bis in die unmittelbare Nachbarschaft des Ventrikels vordringende ursprüngliche Erweichung im Scheitel-Schläfenlappen könnte sofort das sagittale Mark des Hinterhauptslappens (*Gratiolet*'s Schstrahlung) eine mehr oder weniger starke Unterbrechung erfahren haben und es könnte von

Digitized by Google

hier aus deren Ursprungsgebiet in der Rinde, das ja der als geschrumpft geschilderten Partie des Hinterhauptslappens ziemlich entspricht, secundär zur Atrophie gebracht worden sein, wie dies *Moeli*[1]) in einem Falle von angeborener Porencephalie gefunden hat. Doch erscheint mir diese Erklärung für den vorliegenden Fall weniger wahrscheinlich; blosse Inactivitätsatrophie wäre wohl ohne Erweichung einhergegangen und weniger hochgradig geblieben; ein dem Faserverlauf entlang fortgeleiteter Erweichungsprocess hätte in der langen Dauer von 4 Jahren wohl zu fast ebenso vollständiger Resorption führen müssen, wie in der Region, von der er ausgegangen wäre. Auch das Verhalten der Windungen an der Begrenzung des Defects auf dessen anderen Seiten, die ja von ihrer Verbindung mit dem Stabkranz theilweise ebenfalls fast vollständig abgeschnitten sind, scheint mir dagegen zu sprechen; zeigen diese doch nirgends einen Erweichungsprocess, sondern Abgrenzung gegen den Defect durch eine bindegewebige Schwarte, blossen (vorzugsweise centralen) Faserschwund in der Markleiste und Sklerosirung dieser unter massenhafter Spinnenzellenentwicklung. Die gleichmässige Körnchenzellendegeneration aber von Rinde und Marksubstanz im Hinterhauptslappen verhält sich ganz ähnlich, erscheint nur etwas vorgeschrittener, wie der frische Erweichungsheerd in der l. Hemisphäre.

Zweifellos secundärer Natur sind die Veränderungen am Hirnstamm. Hier findet sich mehr oder weniger vorgeschrittener einfacher Schwund der nervösen Elemente unter Wucherung der Glia, nirgends ein Erweichungsprocess. Nirgends sind diese Veränderungen an bestimmte Gefässgebiete, sondern überall an durch anatomische, entwicklungsgeschichtliche oder pathologisch-anatomische Untersuchungen mehr oder weniger bekannte Nervenbahnen gebunden. Die von dieser secundären absteigenden Degeneration betroffenen Nervenbahnen sind allerdings solche, in welchen dieser Vorgang bisher nur selten beobachtet worden ist. Eben hierin aber, sowie in dem Fehlen aller complicirenden von der Hemisphärenerkrankung unabhängigen pathologisch-anatomischen Befunde am Hirnstamm, liegt die besondere Bedeutung des Falles. — Dass

[1]) *Moeli*, Veränderungen des Tractus und Nervus opticus bei Erkrankung des Occipitallappens: Archiv für Psychiatrie XXII. p. 73.

Digitized by Google

die linksseitige Hemisphärenerkrankung entsprechende Veränderungen nicht zur Folge gehabt hat, erklärt sich aus deren kürzerer Dauer; ist es doch allgemein anerkannt, dass es hierzu längerer, noch nicht hinreichend bekannter, für verschiedene Systeme vielleicht ungleicher Zeiträume bedarf.

Es setzt sich, um die secundären Veränderungen kurz zu recapituliren, eine Rinde und Stabkranz des grössten Theils des unteren Scheitelläppchens, der hinteren zwei Drittheile der ersten Schläfenwindung und des grössten Theils des Hinterhauptslappens der r. Hemisphäre — Insel und hintere Centralwindung sind später zu erwähnen — betreffende Zerstörung in breiter Degenerationsbahn fort in die innere Kapsel, hier die laterale Hälfte des hintersten Abschnittes (bis zur Commissura posterior) im grössten Theile ihres vertikalen Durchmessers einnehmend. Dicht vor dem vorderen Ende des Corpus geniculatum externum spaltet sich die bisher geschlossene Bahn in ein in veränderter Verlaufsrichtung dem lateralen Abschnitt des Hirnschenkelfusses zustrebendes und in ein grösseres die Richtung beibehaltendes direct in den Sehhügel und die diesem anliegenden Ganglien eintretendes Bündel. In der inneren Kapsel selbst verbleibt weiter vorwärts nur ein schmaler Degenerationsstreifen entlang dem Linsenkernrande, der bis nahe hinter das Knie derselben verfolgt werden kann.

Der zuletzt genannte Degenerationsstreifen entspricht nach seiner Lage und Ausdehnung einem Theil der Pyramidenbahn *Flechsig*'s[1]). Gegen die Rinde zu lässt er sich direct bis in die an Stelle der äusseren Kapsel und der Inselrinde getretene Narbenmasse verfolgen und dürfte derselbe theilweise hier, theilweise in dem atrophirten unteren Abschnitt der hinteren Centralwindung seinen Ursprung finden[2]). — Nach abwärts in Hirnschenkel und Brücke ist eine Trennung der Fortsetzung dieses Faserzugs von der atrophischen Partie im lateralen Abschnitte des Hirnschenkelfusses nicht möglich. Isolirt zum Ausdruck gebracht ist seine

[1]) *Flechsig*, Zur Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Leitungsbahnen im Grosshirn des Menschen. Arch. f. path. Anat. u. Physiol. 1881 und: Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark.

[2]) Eine directe Verfolgung in dieselbe blieb durch die zunächst nur auf das Studium des Faserverlaufes im Hirnstamm abzielende Präparation ausgeschlossen.

Digitized by Google

Atrophie erst wieder in der Volumsverminderung und leichten Sklerosirung der Pyramide der Med. oblong. Ueber die Pyramidenkreuzung hinaus konnte er nicht verfolgt werden. — Dieser Atrophie dürfte im klinischen Bilde die Schwäche der l. Körperseite entsprechen, die sich, gewiss sehr charakteristisch, besonders störend erweist bei feineren eine besondere Willensanstrengung erfordernden Arbeiten.

Atrophie des Pulvinar, des Corp. genic. ext.; des vorderen Vierhügelarms und des oberflächlichen Marks des vorderen Vierhügels, der sich eine Degeneration im Tractus und Nervus opticus anschloss, haben mit obigem Befunde in allen wesentlichen Punkten übereinstimmend ***v. Monakow***[1]), ***Schattenberg***[2]), ***Moeli***[3]), ***Richter***[4]), ***Schmidt-Rimpler***[5]) u. A. als Folgezustände von destruirenden Erkrankungen des Hinterhauptslappens constatiren können; ***v. Monakow*** hat dieselbe bei Thieren experimentell erzeugt und im Anschluss an seine Untersuchungsergebnisse die Ursprungsverhältnisse des Sehnerven aus den „primären Opticuscentren", sowie die Beziehungen des letzteren zum Hinterhauptslappen einer eingehenden Erörterung unterzogen, für deren Schlussfolgerungen die obigen Befunde eine weitere Bestätigung liefern dürften. Einer erneuten Prüfung unterzogen wissen möchte ich nur die bei Besprechung seines Falles von Porencephalie aufgestellte Behauptung, dass „die Stabkranzbündel (des Hinterhauptslappens) nicht direct, sondern durch Vermittelung des lateralen Theils des Hirnschenkels in die Ursprungsmassen des Tractus opticus treten". An meinen Präparaten glaube ich ein directes Eintreten atrophischer Stabkranzbündel in die betreffenden Ganglien beobachtet zu haben; der Atrophie im lateralen Abschnitt des Hirnschenkelfusses aber, die ***v. Monakow***

[1]) *v. Monakow*, Experimentelle und pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Beziehungen der sogen. Sehsphäre zu der infracorticalen Opticuscentren und d. N. opticus. Arch. f. Psych. XIV. u. XVI.

[2]) *Schattenberg*, Ueber einen umfangreichen porencephalischen Defect bei einem Erwachsenen. *Ziegler*'s Beiträge zur pathologischen Anatomie. 5. Band.

[3]) l. c.

[4]) *Richter*, Zur Frage der optischen Leitungsbahnen des menschlichen Gehirns; Arch. f. Psych. XVI.

[5]) *Schmidt-Rimpler*, Archiv für Augenheilkunde XIX.

Digitized by Google

nicht weiter verfolgt zu haben scheint, ist, wofür auch *Flechsig*'s entwicklungsgeschichtliche Untersuchungen sprechen, eine andere Bedeutung zu vindiciren.

Entschieden vorgeschrittener als in den eben besprochenen Ganglienmassen erscheint in unserem Falle die Atrophie des Corpus geniculatum internum und der lateralen Thalamusabschnitte. Es dürfte dies ebenfalls in Uebereinstimmung mit Befunden *v. Monakow*'s und *Moeli*'s auf eine Verbindung derselben mit den total geschwundenen Regionen des unteren Scheitel- (und oberen Schläfen-?)lappens hinweisen. Bei auf den Hinterhauptslappen beschränkten Erkrankungen wenigstens scheinen diese Partien des Stamms nicht atrophirt gefunden zu werden, isolirtes Befallensein der Scheitel-Schläfenregion von solchen, was über etwaige secundäre Degenerationen von dieser Stelle der Rinde aus entscheiden könnte, vermochte ich in der Literatur nicht aufzufinden.

Noch seltener als in der Opticusbahn ist absteigende Degeneration bisher im lateralen Abschnitte des Hirnschenkelfusses beschrieben worden. Ausser dem schon erwähnten Befunde v. *Monakow*'s [1]), sind mir nur noch zwei Fälle von *Bechterew* [2]), zwei von *Winkler* [3]) und einer von *Jelgersma* [4]) bekannt geworden. In keinem derselben beschränkt sich die Degeneration ausschliesslich auf den lateralen Abschnitt, sondern es findet sich gleichzeitig Degeneration im medialen, häufiger solche im mittleren Drittel der Pyramidenbahn. Die letztere ist auch in unserem Falle von der Degeneration nicht ganz frei geblieben, wodurch sich wohl im Unterschied von anderen Fällen und den entwicklungsgeschichtlichen Befunden *Flechsig*'s [5]) die wenig scharfe Abgrenzung gegen den erhaltenen grösseren Theil der Pyramidenbahn erklärt.

Sitz der entsprechenden Affection der Hemisphäre war in allen

[1]) l. c.

[2]) *Bechterew*, Zur Frage der sec. Degeneration des Hirnschenkels. Arch. f. Psych. XIX.

[3]) *Winkler*, Ein Fall von Idiotie, ref. im Centralblatt für Nervenheilkunde 1886 und ein Fall von sec. absteigender Degeneration des äusseren Bündels im Fuss des Hirnschenkels: ref. ibid.

[4]) *Jelgersma*, Ein Fall von beiderseit. abst. Degener. d. äusseren Bündels im Hirnschenkel: ref. ibid.

[5]) l. c.

Digitized by Google

Fällen die Scheitel-Schläfenregion, deren Grenzen theils nach vorn, theils nach hinten mehr oder weniger überschritten waren, ein Verhalten, von welchem die verschiedene Betheiligung der übrigen Fussabschnitte abhängig gewesen sein mag. Als wesentlichste Endstation des lateralen Bündels des Hirnschenkelfusses in der Hemisphäre wird wohl die Scheitel-Schläfengegend zu gelten haben, eine Betheiligung des Hinterhauptslappens ist nicht auszuschliessen, aber auch nicht nachgewiesen. Die Seltenheit pathologischer Affectionen in dieser Gegend soll nach *Bechterew*[1]) auch das seltene Vorkommen absteigender Degeneration im lateralen Abschnitt des Fusses erklären.

In der inneren Kapsel nimmt der diese Region der Rinde mit der degenerirten Partie des Hirnschenkels verbindende Faserzug eine Lage ein, welche im vorliegenden Falle eine Differenzirung von der Opticusbahn nicht gestattet; das atrophische Feld des hintersten Kapselabschnitts muss beide Systeme neben einander oder vermischt enthalten. Bis in eben diese Region hat *Flechsig* mit seinen entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen das laterale Hirnschenkelfussbündel verfolgen können. Seinen Schilderungen über die Art und Weise wie der Uebertritt desselben vom Fuss in die innere Kapsel erfolgt, entspricht vollkommen der oben beschriebenen Verlaufsart der degenerirten Faserbündel. Auch seinen und *Bechterew*'s Angaben über dessen Verlauf und Endigung im ventralen Brückenabschnitt habe ich nur Weniges beizufügen.

Es weichen meine Befunde von denen *Bechterew*'s nämlich in der Richtung ab, dass ich die degenerirten Faserzüge des lateralen Bündels in gleichmässig sich vermindernder Anzahl an der seitlichen Begrenzung der Pyramidenbahn bis zum Wiederaustritt der letzteren am caudalen Brückenende verfolgen konnte, und dass denselben auf dieser ganzen Strecke atrophirte Bestandtheile der zerstreuten Brückenganglien anliegen. Jenseits der Brücke findet sich nur noch Atrophie des Nucleus arciformis der Pyramide als dem Systeme dieser Degeneration zugehörig; die leichte Atrophie der Pyramide selbst hat ihre Erklärung schon gefunden. Medianwärts liegen im Innern der Brücke nur kleine atrophische Partien versprengt, lateral schliesst sich noch die Atrophie des in dieser

[1]) l. c.

Digitized by Google

Richtung der Eintrittsstelle des Fusses anliegenden Kerns an; ob letzterem eine Beziehung zu einer besonderen Gruppe von Faserbündeln zukommt, vermag ich nicht zu entscheiden. In *Bechterew*'s Falle scheint die Atrophie nicht so, wie es hier zweifellos der Fall ist, in Form eines spitzigen Kegels durch die ganze Länge der Brücke sich erstreckt, sondern schon in deren cerebralwärts gelegener Hälfte ihr Ende erreicht zu haben. Ein gesetzmässiges Verhalten ist wahrscheinlicher, als dass hierin Variationen vorkommen, und bleiben daher noch weitere Beobachtungen abzuwarten.

Aus dem Befunde vorzugsweisen Schwundes der intercellularen Substanz in den Brückenganglien, während die Ganglienzellen länger erhalten bleiben, kann eine Bestätigung der geläufigen Annahme abgeleitet werden, dass die hier endigenden Fasern aus dem Grosshirn sich in ein feines die Ganglienzellen umspinnendes Netz auflösen.

Eine weitere Verfolgung ihrer Verbindungen auf dem Wege der secundären Degeneration ist nicht möglich. Dagegen hat *Bechterew* vermittelst der entwicklungsgeschichtlichen Methode vom Kleinhirn her Faserzüge bis in die Brückenganglien, wo jene Fasern aus dem Grosshirn ihr Ende erreichten, nachweisen können, sein cerebrales System der Brückenschenkel[1]). Er sieht in demselben die Fortsetzung der im seitlichen Abschnitt des Hirnschenkelfusses verlaufenden Bahnen, vindicirt dieser Verbindung von Gross- und Kleinhirn eine centrifugale Leitung und nimmt an, dass sie in der Grosshirnrinde gebildete Impulse auf die Hemisphären des Kleinhirns übertrage und damit modificirend auf die Lage des Körpers im Raum einwirke.

Specifische klinische Erscheinungen für Degeneration des lateralen Bündels des Hirnschenkelfusses sind bisher von keiner Seite angegeben worden. Vielleicht dürften die unseres Falles, so dürftig sie sind, einige Bestätigung der eben erwähnten Hypothese enthalten. Das einseitige Ausser-Functiontreten der betreffenden Bahn hat allerdings Krankheitserscheinungen in dieser Richtung nicht gesetzt; nachdem aber auch die Endstation derselben in der anderen Hemisphäre zerstört war, tritt uns als eines der auffälligsten Sym-

[1]) *Bechterew*, Zur Anatomie der Schenkel des Kleinhirns insbes. der Brückenarme: Neurolog. Centralblatt 1883 N. 6.

Digitized by Google

ptome im Krankheitsbild das Unvermögen der Patientin, sich in aufrechter Stellung zu halten, entgegen, ohne dass doch Lähmungserscheinungen oder Coordinationsstörungen zu constatiren gewesen wären.

Diese Vermuthung möchte ich mit aller Reserve aufgestellt wissen, um so mehr als nicht einmal die centrifugale Leitungsrichtung im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses für erwiesen gelten kann, so viel wahrscheinlicher sie auch scheint, als die seit *Charcot* allgemein recipirte und noch in den neuesten Lehrbüchern vertretene Auffassung derselben als einer sensibeln Leitungsbahn. Denn wenn *Bechterew* sagt, dass letzterer Auffassung durch den Nachweis des Vorkommens absteigender Degeneration ihre Hauptstütze genommen sei, so zeigen die sich mehrenden Beobachtungen von absteigender Degeneration in der centripetalen Opticusbahn, dass die Folgerungen, welche die Degenerationsverhältnisse im Rückenmark über die Leitungsrichtung gestatten, nicht ohne Weiteres auf das Gehirn übertragen werden dürfen.

Nachtrag.

Während vorstehende Arbeit sich im Druck befindet, werde ich mit den Beobachtungen *Zacher*'s [1]) bekannt, deren Degenerationsbefunde dem obigen mehr oder weniger gleichen.

Von seinen aus denselben gezogenen Schlussfolgerungen finden diejenigen über die Beziehungen des Corpus geniculatum internum eine weitere Bestätigung. Dagegen wird es nach meinen Präparaten unwahrscheinlich, dass, wie *Zacher* mit früheren Autoren angiebt, die Faserzüge des lateralen und medialen Abschnitts des Hirnschenkelfusses schon in der oberen Hälfte der Brücke sämmtlich ihr Ende finden. Wäre dies der Fall, so müsste ja auch der Gesammtquerschnitt der Längsfaserzüge des ventralen Brückenabschnitts nur bis zur Mitte des Pons eine successive Abnahme zeigen, von hier an aber sich gleich bleiben, was thatsächlich nicht der Fall ist. Der directe Nachweis degenerirter Faserzüge, wie ich ihn für das laterale Bündel bis gegen den medullaren Brückenrand erbracht zu haben glaube, wird in den tiefer gelegenen Schnittebenen allerdings schwieriger als höher oben, weil die degenerirten Bündel

[1]) Archiv für Psychiatrie XXII, 3.

Digitized by Google

weniger geschlossen verlaufen; dass letztere aber nicht etwa de Pyramidenbahn angehören, ergiebt sich aus den dieselben bis zu letzt begleitenden Kernatrophien. Vielleicht ist das Verhalten de medianen Bündels ein ähnliches. Des letzteren von *Zacher* an genommener Zusammenhang mit der Insel wird durch den vor liegenden Befund einer Zerstörung des grössten Theils derselbe ohne jegliche Degeneration in der betreffenden Leitungsbahn weni wahrscheinlich.

Erläuterungen zu den Abbildungen.

Fig. 1—10 sind in halber, Fig. 11—19 in natürlicher Grösse, Fig. 20 bei 70facher Vergrösserung gezeichnet.

Fig. 1. Seitliche Ansicht der rechten Hemisphäre: die Linien a, b und c bezeichnen die Schnittrichtung für Fig. 3, 4 u. 5.

Fig. 2. Mediane Ansicht der rechten Hemisphäre: fpo = Fissura parieto-occipitalis; hH = Fiss. hippocampi.

Fig. 3—5. Schnitte durch die rechte Hemisphäre: in Fig. 5 ist mit x eine durch den Defect unterminirte Windung zu sehen.

Fig. 6. Seitliche Ansicht der l. Hemisphäre; die rothe Linie bezeichnet die Begrenzung des Erweichungsherdes in der Rinde: d u. e Schnittrichtung für

Fig. 7 u. 8.

Fig. 9. Dorsale,

Fig. 10. Ventrale Ansicht des Hirnstamms.

Fig. 11—20. Aus der Schnittserie durch den Hirnstamm. Da vom letzteren, um ihn im *Gudden*'schen Mikrotom unterbringen zu können, Insel, Streifenhügel und ein Theil vom Thalamus opticus abgeschnitten werden musste, endigen Fig. 11—15 auf der linken Seite in dieser Schnittfläche.

In Fig. 11 (No. 581 der Serie) bedeutet Comm. die mittlere Commissur; Ta = Tuberculum anterius; The = lateraler Thalamusabschnitt; Nc = Nucleus caudatus; Ci = Capsula interna; I = Insel; Nl = Nucl. lenticularis; To = Tractus opticus; CM = Corpus mammillare.

Zu diesen Bezeichnungen kommen in

Fig. 12 (No. 517). Ped = Pedunculus cerebri.

Fig. 13 (No. 475). Pu = Pulvinar; Cqa = Corp. quadrig. ant.; Gp = Glandula pituitaria; III = Nerv. oculomotor; Po = Pons; Cge = Corp. geniculat. ext.; Hl = hinteres Längsbündel.

Fig. 14 (No. 457). Bi = Bindearm; Cgi = Corp. genicul. intern.; NIII = Nucl. nerv. oculomot.

Fig. 15 (No. 426). Stz = Stratum zonale des Pulvinar; St = erhaltener Streifen des Stabkranzes.

Digitized by Google

Fig. 16 (No. 395). Npl = Seitlicher Brückenkern; A = Atrophisches Feld.
Fig. 17 (No. 367). V = N. trigeminus.
Fig. 18 (No. 290).
Fig. 19 (No. 243).
Fig. 20 (aus No. 300). Rechtsseitige Pyramide in ihrem Durchtritt durch die Querfaserung der Brücke; man findet auch in diesem dem caudalen Brückenrande schon ziemlich nahen Schnitte lateral noch atrophische Faserbündel und atrophirte Ganglienmasse, in welcher bei a noch Ganglienzellen zu erkennen sind, bei b solche fehlen; R = Raphe.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 51. Sitzung zu Breslau am 25. November 1889.

Anwesend die Herren: *Bielschowsky*-Breslau, *Buttenberg*-Rybnik, *Creutzberger*-Breslau, *Dubbert*-Rybnik, *Freund*-Breslau, *Gubitz*-Breslau, *Hahn*-Breslau, *Kayser*-Owinsk, *Kiefer*-Breslau, *Kloss*-Bunzlau, *Kollmann*-Breslau, *Limpricht*-Kreuzburg, *Lissauer*-Breslau, *Mamroth*-Breslau, *Moeller*-Bunzlau, *S. Meyer*-Breslau, *Cl. Neisser*-Leubus, *Sachs*-Breslau, *Schubert*-Leubus, *Schwahn*-Breslau, *Tornier*-Breslau als Gast, *Wernicke*-Breslau.

Als neue Mitglieder werden aufgenommen: Dr. *Dubbert*-Rybnik, Dr. *Mayerhausen*-Breslau, Dr. *Kollmann*-Breslau, Dr. *Moeller*-Bunzlau, Dr. *Sachs*-Breslau, Dr. *Schubert*-Leubus.

I. Dr. *Clemens Neisser* (Leubus): „Casuistische Mittheilungen."

1. Vortr. theilt einen Krankheitsfall mit, welcher sich zuerst und durch längere Zeit als eine typische Melancholie dargestellt und danach einen allmählichen, deutlich verfolgbaren Uebergang in einen paranoischen Zustand gezeigt hat. Solche Fälle seien ziemlich selten, aber immerhin geeignet, den von *Westphal* aufgestellten Satz, dass die Verrücktheit sich niemals aus einer reinen Melancholie entwickeln, in dieser absoluten Fassung als unrichtig zu erweisen.

Die Beobachtung des Falles ist noch nicht abgeschlossen; die Prognose wird von dem Vortragenden auf Grund analoger Erfahrungen nicht als ungünstig bezeichnet. (Ausführliche Publication vorbehalten.)

An der Discussion betheiligen sich Prof. Dr. *Wernicke* und der Vortragende.

2. Unter Hinweis auf *Freund*'s „klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnissschwäche" (Arch. f. Psych. Bd. XX. 2) berichtet der Vortragende über eine Kranke, welche zur Zeit in der Reconvalescenz von einer acuten Psychose sich befindet, deren wesentliche Theilerscheinung eine hochgradige generelle Gedächtnissschwäche gewesen ist. Ein besonderes Interesse biete der Fall darum dar, weil die Amnesie

Digitized by Google

wieder schwinde, und namentlich darum, weil die Kranke bereits vor 10 Jahren einen ähnlichen, anscheinend sogar noch schwereren Anfall glücklich überstanden hat.

Die Kranke ist 69 Jahre alt, nicht Potatrix. (Der Fall wird in einer Inaugural-Dissertation näher beschrieben werden.)

3. Demonstration einer durch Monate fortgesetzten, exquisit entwickelten schriftlichen Verbigeration Seitens eines Paralytikers. Zum Unterschiede beziehungsweise Vergleiche wird ein Brief eines hebephrenen Kranken vorgelegt, in welchem in albern-geschmackloser Weise eine bestimmte Redensart „zu Tode gehetzt" wird (*Hecker*). In diesem letzteren Briefe findet sich das Wort: „gottselig" nicht weniger als 59mal. Folgende Stelle wird zur Charakterisirung genügen:

> „Gottseliges liebes gutes Emmchen, schreibe mir nur auch etwas, wie es Dir so in Deinem gottseligen Körper geht, ob Du immer noch gottselige Lust zum gottseligen Beischlaf und wie es sonst mit Deinen gottseligen Schwangerschafts-Verhältnissen geht" etc. etc.

In der Discussion ergreift Dr. *Freund* das Wort.

II. Mittheilungen aus der Breslauer psychiatrischen Klinik: Prof. Dr. *Wernicke* stellt einen Patienten vor, der im Laufe einer Geisteskrankheit totalen Verlust der Sprache erlitten hat. (Vgl. hierzu die Publication in der Deutschen medicinischen Wochenschrift 1890.)

III. Anatomische Demonstrationen mittelst des Projectionsapparates.

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 52. Sitzung zu Breslau am 24. Februar 1890.

Anwesend die Herren: *Auerbach*-Breslau, *Bielschowsky*-Breslau, *Dornblueth*-Kreuzburg, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*-Breslau, *Hahn*-Breslau, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kiefer*-Görlitz, *Kleudgen*-Obernigk, *Lesser*-Breslau, *Lissauer*-Breslau, *Lantzius-Beninga*-Bergquell bei Stettin als Gast, *Malachowski*-Breslau als Gast, *Mamroth*-Breslau, *S. Meyer*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *Sachs*-Breslau, *Schwahn*-Breslau, *E. Stern*-Breslau, *Wernicke*-Breslau.

Der Vorsitzende Prof. Dr. *Wernicke* macht Mittheilung von dem Ableben des Vereinsmitgliedes Dr. *v. Ludwiger*; die Versammlung ehrt das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von den Plätzen. — Als neues Mitglied wird Dr. *Tornier*-Breslau aufgenommen.

I. Dr. *Kahlbaum*-Görlitz: Ueber die sogenannte Verrücktheit (Paranoia) mit Bemerkungen über die Forschungsmethoden in der Psychiatrie.

Digitized by Google

(Wird im Zusammenhange mit einem weiteren Vortrage veröffentlic werden.)

II. Dr. *Sachs*-Breslau: Ueber das Occipitalmark des menschlichen G hirns. (Wird ausführlich veröffentlicht werden.)

III. Anatomische Demonstrationen mittelst des Projectionsapparate

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 53. Sitzung zu Leubus a 15. Juni 1890.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, *Bielschowsky*-Breslau, *Dinkgraeve* Leubus a. Gast, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*-Breslau, *Gubitz*-Breslau, *Hahn* Breslau, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kraepelin*-Dorpat, *Lissauer*-Breslau, *S. Meyer* Breslau, *Moeller*-Bunzlau, *Neisser*-Leubus, *Pick*-Prag a. Gast, *Reiss*-Görlit a. Gast, *Sachs*-Breslau, *Simon*-Tost, *Schubert*-Leubus, *E. Stern*-Breslau, *Tor nier*-Breslau, *Wernicke*-Breslau, *Wertheim*-Görlitz, *Zander*-Rybnik.

Der Vorsitzende begrüsst zunächst im Namen der Versammlung die anwesenden Herren Professoren *A. Pick*-Prag und *Kraepelin*-Dorpat. —

Als neue Mitglieder werden aufgenommen Dr. *Wefers*-Plagwitz und Dr. *Schaefer*-Brieg.

I. Prof. Dr. *Kraepelin*-Dorpat: Ueber Katalepsie.

Kraepelin berichtet über diejenigen Fälle von psychischer Störung, bei welchen er in den letzten 2 Jahren kataleptische Erscheinungen beobachtet hat. Die Zahl dieser Fälle beträgt 28, was ungefähr 8—10 Procent der in dieser Zeit in der Dorpater Irrenanstalt behandelten Kranken entsprechen würde. Unter klinischem Gesichtspunkte zerfallen die beobachteten Krankheitsfälle etwa in 8 verschiedene Gruppen. Fünfmal festgestellt bei Paralytikern, je 4mal bei Epilepsie, bei Paranoia und bei Manie. (2mal periodische Manie) je 3mal bei acuten Erschöpfungszuständen und angeborenen oder secundären Schwächezuständen, 2mal beim katatonischen Wahnsinn und 3mal bei organischen Hirnerkrankungen (1 Fall von traumatischem Hirnabscess und 1 Fall von angeborenem enormem Hydrocephalus mit Sehnervenatrophie). Wenn auch bei dieser Verschiedenheit der klinischen Formen eine einheitliche Zusammenfassung aller Fälle mit Katalepsie ganz unmöglich erscheint, so müssen doch überall die gleichen Bedingungen dem Zustandekommen jenes Symptoms zu Grunde liegen, entweder für längere Zeit, wie zumeist bei der Paranoia und bei den Erschöpfungszuständen, oder nur ganz vorübergehend, wie bei der Manie oder Epilepsie. Leider geben die Aeusserungen der Kranken selbst hier gewöhnlich keinen Aufschluss über ihre inneren Zustände, höchstens erfährt man, dass sie sich von den Aerzten beeinflusst glaubten, meinten, „sie müssten das so thun" oder Aehnliches. Dagegen werfen die Erfahrungen bei der experimentellen Katalepsie in der Hypnose ein Licht auf diese Zustände. Hier

Digitized by Google

ist offenbar die Katalepsie nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Suggestibilität, eine besondere Form jener „Befehlsautomatie", welche sich in der willenlosen Befolgung aller von aussen gelieferten Eingebungen kund giebt. Berücksichtigen wir die ausserordentlich innige Verbindung gerade zwischen Lagevorstellungen und Bewegungsvorstellungen, resp. Innervationsimpulsen, so erscheint es verständlich, dass die Befehlsautomatie auf pathologischem Gebiete gerade am leichtesten die Form der kataleptischen Erscheinungen annehmen kann, und dass diejenige Muskulatur, welche uns die undeutlichsten Lagevorstellungen liefert, die mimische, auch die bei weitem geringste muskuläre Suggestibilität darbietet.

Weitergehende Suggestionserscheinungen sind im allgemeinen seltener, doch gelang es dem Vortragenden gelegentlich auch, ganz ähnlich wie in der Hypnose fortdauernde Drehbewegungen der Arme zu suggeriren. Eben dahin gehört die sog. Echolalie, wie sie unter Anderem namentlich bei Maniakalischen beobachtet wird (Einflechten aufgefasster Worte). Ausgebildete Verbalsuggestibilität kommt nur dort vor, wo noch eine bedeutendere geistige Regsamkeit besteht (Paralytiker, Maniaci); zumeist dagegen besteht bei der Katalepsie eine mehr oder weniger tiefe Benommenheit. Die Ursache der Katalepsie ist ohne Zweifel eine allgemeine, die ganze Hirnrinde in Mitleidenschaft ziehende, da die Erscheinungen auch dann doppelseitige und verbreitete sind, wenn die Läsion, wie in dem traumatischen Falle halbseitig lokalisirt ist. Wenn trotzdem bei dem erwähnten Hydrocephalus gegen das Lebensende halbseitige Katalepsie und auf der andern Seite Spasmen beobachtet wurde, so haben diese letzteren hier offenbar die kataleptische Störung einfach verdeckt.

Das Studium der hypnotischen Erscheinungen lehrt uns jedoch, dass ausser den von aussen herantretenden Beeinflussungen für das Denken und Handeln des Menschen auch sog. Autosuggestionen bestimmend werden können, unvermittelte Einfälle und Impulse, welche nicht aus der ganzen bisherigen Entwicklung des Individuums ihren Ursprung nehmen, sondern in Folge irgend einer zufälligen Constellation eine in keiner Weise logisch motivirte Herrschaft über das Seelenleben gewinnen. Während wir daher bei der Beeinflussung durch äussere Suggestion die willenlose Auslösung der verschiedensten Stellungen und Bewegungen beobachten, so erzeugen die Autosuggestionen ein starres, jedem äusseren Eingriffe widerstrebendes Festhalten derselben Haltung (Negativismus), oder die stereotype Wiederholung derselben sinnlosen Bewegung. Indessen, diese beiden anscheinend diametral entgegengesetzten Symptomenreihen finden sich, wie *Kahlbaum* zuerst gezeigt hat, und wie auch die Erfahrungen des Vortragenden bestätigen, nicht selten im gleichen Krankheitsbilde vereinigt. Allerdings begegnen wir der Stereotypie in Haltung und Bewegung vorzugsweise dort, und zwar auch ohne Katalepsie, wo noch eine erhebliche psychische Regsamkeit vorhanden ist (Paranoia, Paralyse, Hysterie), während bei tieferer Bewusstseinstrübung die Erscheinungen der Befehlsautomatie und speciell

Digitized by Google

der Katalepsie im Vordergrunde stehen. Gemeinsam ist beiden Störungen, der Stereotypie wie der Befehlsautomatie die erhöhte Suggestibilität, die mangelhafte „Dämpfung", die Leichtigkeit, mit welcher die dauernden psychischen Dispositionen durch zufällige Einflüsse überwunden werden. Dort indessen entspringen diese letzteren aus dem eigenen Innern und haben ihre schwer zu beseitigende Ursache nicht selten in Anomalien der gesammten psychischen Constitution, während hier gewöhnlich eine mehr oder weniger rasch vorübergehende Hemmung der normalen Willensfunctionen den Boden abgiebt, auf welchem sich die mangelnde Widerstandsfähigkeit gegenüber äusserer Beeinflussung entwickelt.

An der Discussion betheiligen sich Dr. *Kahlbaum*, Dr. *Neisser* und der Vortragende.

II. Dr. *Clemens Neisser*-Leubus: Ueber Katatonie mit klinischen Demonstrationen. (Wird in etwas veränderter Form publicirt werden.)

III. Dr. *Lissauer*-Breslau: Zur pathologischen Anatomie der Paralyse (Publicirt in der Deutschen medicinischen Wochenschrift. 1890 No. 26).

IV. Dr. *Alter*-Leubus: Die Heilanstalt Leubus im Rahmen der provinziellen Irrenpflege.

In Schlesien bestand von 1830 ab das System der getrennten Heil- und Pflege-Anstalten. Leubus war reine Heil-, Brieg und Plagwitz waren reine Pflege-Anstalten. Auch die im Jahre 1863 eröffnete Anstalt zu Bunzlau war lediglich Pflege-Anstalt. Die erste Bresche in das bisherige System legte die in den Jahren 1874 bis 1876 zur Ausführung gebrachte Umwandlung des alten Landarmenhauses zu Kreuzburg in eine gemischte Heil- und Pflege-Anstalt. Damals gingen die Aufnahmen in die Heil-Anstalt Leubus vorübergehend zurück, hoben sich indessen bald wieder, da Kreuzburg überwiegend zur Unterbringung unheilbarer Pfleglinge benutzt wurde. Auch die neueste Anstalt der Provinz in Rybnik ist von vornherein als gemischte Heil- und Pflege-Anstalt eingerichtet worden. Endlich hat im Jahre 1877 der Provinzial-Landtag sich principiell für die Umwandlung auch der älteren Schlesischen Irren-Anstalten in gemischte Heil- und Pflege-Anstalten entschieden und die für Leubus daraus sich ergebende Capitis diminutio nur dadurch zu mildern beschlossen, dass Leubus „in erster Linie nach wie vor dem Heilzwecke dienen" solle.

Ohne auf die principielle Seite dieser Entscheidung einzugehen, will ich mich darauf beschränken, Ihnen kurz darzulegen, welche Folgen sich aus jenem Landtagsbeschlusse für Leubus theils ergeben haben, theils voraussichtlich noch ergeben werden.

In der That ist Leubus bisher noch Heil-Anstalt geblieben. Immerhin aber hat es einen grossen Theil seines früheren Aufnahmebezirks verloren,

Digitized by Google

nämlich ganz Oberschlesien. Nur noch ausnahmsweise werden uns aus dem Regierungsbezirk Oppeln Kranke zugeführt, wie auch diejenigen Kreise in Mittel- und Niederschlesien, in denen Provinzial-Irren-Anstalten liegen, nur noch selten Kranke nach Leubus senden. Die Zahl der Aufnahmen hat sich daher gegen früher erheblich vermindert. Während 1885 noch 282 Kranke, 1886 300, 1887 299 zur Aufnahme gelangten, ist die Aufnahmeziffer

1888/89 auf 214
1889/90 - 208

gefallen. In den letzten beiden Etatsjahren sind aus dem Regierungsbezirk Oppeln nur 5 resp. 7 Kranke aufgenommen worden. Die Aufnahmen haben sich somit um rund 33 pCt. verringert. Wenn trotzdem die Anstalt im Allgemeinen in etatsmässiger Höhe belegt gewesen ist, so ist dies lediglich erreicht worden dadurch, dass die als ungeheilt zur Entlassung kommenden Kranken durchweg viel länger, als früher in der Anstalt zurückbehalten worden sind. Damit hat schon Leubus den Charakter der reinen Heil-Anstalt, wenn auch vorerst noch wenig merklich eingebüsst und einen Schritt vorwärts gethan auf dem Wege der Entwicklung zur gemischten Heil- und Pflege-Anstalt.

Und auf diesem Wege wird es voraussichtlich unaufhaltsam weiter fortschreiten. Es ist Ihnen bekannt, dass die fortwährende Zunahme der Exspectanten für die Pflege-Anstalten zu der vom irrenärztlichen Standpunkte meines Erachtens nicht zu vertretenden, glücklicherweise wenigstens nur als provisorische Maassregel in Aussicht genommenen, Einrichtung einer Irrenpflege-Station in der Corrigenden-Anstalt zu Tost geführt hat. Zur Erzielung einer grösseren Leistungsfähigkeit der öffentlichen Irren-Pflege wird ferner die Erweiterung einer oder der anderen schon bestehenden Anstalt erwogen und der über lang oder kurz doch unbedingt nothwendige Bau einer neuen grossen Irren-Anstalt geplant. Zweifellos wird diese äusserst erwünschte Erweiterung der öffentlichen Irren-Fürsorge in Schlesien dazu führen, dass die alten Pflege-Anstalten noch mehr als bisher ihren ehemaligen Charakter verlieren und ihren Aufnahmebezirk auch für frische Fälle erweitern. Damit wird sich entsprechend weiter verkleinern, der Aufnahmebezirk für Leubus, und es wird so allmählich der Zeitpunkt eintreten, wo Leubus aus Mangel an Aufnahmen frischer, sogenannter heilbarer Kranken als reine Heil-Anstalt zu existiren aufgehört hat und zur gemischten Heil- nnd Pflegeanstalt geworden ist. Als solche würde Leubus bei seiner etatsmässigen Belegung mit 180 Kranken in der öffentlichen, 40 Kranken in der Pensions-Anstalt alsdann zur kleinsten Anstalt der Provinz geworden sein. Das aber wird Leubus meines Erachtens nicht bleiben können. Dagegen sprechen vor Allem finanzielle Bedenken. Infolge der isolirten Lage von Leubus und der ungewöhnlichen räumlichen Verhältnisse des alten Klosterbaues ist die Verwaltung der Anstalt eine überaus kostspielige. Uebersteigt doch der für Leubus erforderliche Pro-

Digitized by Google

vinzial-Zuschuss den für die übrigen Irren-Anstalten der Provinz benöthigten im Durchschnitt um 237,24 Mk. pro Kopf und Jahr. Die Umwandlung der Anstalt in eine Heil- und Pflege-Anstalt dürfte zu einer irgend nennenswerthen Herabsetzung dieses Zuschusses nicht führen. Wenn nun auch die Provinz für die reine Heil-Anstalt die bisherige hohe Ausgabe nicht gescheut hat, wird sie dazu auch gewillt sein, wenn es sich um eine gemischte Heil- und Pflege-Anstalt handelt?

Weitere Bedenken ergeben sich aus der Lage der Anstalt insofern, als derselben ein Arbeitsfeld fehlt. Bei der in den letzten Jahren in grossem Umfange durchgeführten Bettbehandlung genügen zur Beschäftigung der Kranken vollauf die Anstaltsgärten, für eine entsprechende Zahl unheilbarer Irrer würde dies nicht der Fall sein. In der Nähe der Anstalt aber ein Arbeitsfeld zu erwerben, ist nicht möglich, da die Anstalt auf drei Seiten umgeben ist vom Walde und dem Ueberschwemmungsgebiet der Oder und auf der vierten Seite an das Dorf grenzt. Ein Arbeitsfeld würde daher nur zu erwerben sein in einer mehrere Kilometer weiten Entfernung und immer den Uebelstand bieten, dass es für die Kranken nur nach Passiren des grossen Dorfes zu erreichen sein würde.

Daraus ergiebt sich, dass Leubus in seiner jetzigen Grösse umgewandelt in eine gemischte Heil- und Pflege-Anstalt ein Luxus für die Provinz, und eine recht unzweckmässig eingerichtete Anstalt sein würde.

Ob und in welcher Weise diesen Uebelständen abzuhelfen sein wird, darüber werden die Provinzial-Behörden sich zu entschliessen haben — möchte ihre Entscheidung ausfallen zum Besten der Anstalt und zum Besten der öffentlichen Irrenfürsorge in der Provinz!

V. Dr. *Schubert*-Leubus: Zur Pathogenese des circulären Irreseins. (Veröffentlicht im Neurologischen Centralblatt 1890 No. 15.)

VI. Dr. *Clemens Neisser*-Leubus giebt an der Hand von Plänen der Anstalt Leubus einen Ueberblick über die daselbst in weitestem Umfange durchgeführte Bettbehandlung der Kranken, woran sich ein Rundgang durch die Anstalt unter Führung des Directors Dr. *Alter* schliesst.

45. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 28. Juni 1890 in Bonn.

Anwesend die Mitglieder: *Bodet, Brie, Diehl, Fabricius, Füth, Hecker, Hertz, Kessler, Kny, Leo, Levison, Longard, Lührmann, Nötel, Oebeke, Pelman, Peretti, Rosenthal, Schmitz, Schreiber, Schröter, Schulz, Thomsen, Tigges, Ungar, Winckler, Zacher.* Als Gäste: *von der Helm* (Endenich) und *Steiner* (Köln).

Der Vorsitzende, Geheimrath *Pelman*, übermittelte nach Eröffnung der

Digitized by Google

Sitzung die Entschuldigungen und Grüsse mehrerer am Erscheinen verhinderter Collegen an die Versammlung und erstattete Bericht über die zu den Jubiläen von Geheimrath *Snell* in Hildesheim und von Medicinalrath *Hasse* in Königslutter abgesandten Glückwünsche, sowie über die von Beiden eingegangenen Dankesschreiben.

Bei der nun folgenden Aufnahme neuer Mitglieder wurde auf Vorschlag von *Diehl* von der zeitraubenden Ballotage für dieses Mal abgesehen und durch einfache Abstimmung die Aufnahme genehmigt. Aufgenommen wurden: Kreisphysicus San.-Rath Dr. *Albers* (Essen a. d. Ruhr), Dr. *Meyer* (Eitorf), Dr. *Liebmann* und Dr. *Longard* (Bonn), Dr. *Zacher* (Ahrweiler) und Director Dr. *Sioli* und Dr. *Nissl* (Frankfurt a. M.).

Vor den angemeldeten Vorträgen demonstrirte

Brie, einen Fall von Geistesstörung bei multipler Neuritis:

Dass in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die ausgesprochene Alkoholneuritis sich mit einer Störung der psychischen Thätigkeit verbindet, ist durch verschiedene Arbeiten aus der letzten Zeit festgestellt worden. Wir wissen ja, dass beim chronischen Alkoholismus neben anderen krankhaften Erscheinungen ziemlich früh die Gedächtnissschwäche deutlich hervortritt, und es dürfte demnach auch das Auftreten ähnlicher Symptome zusammen mit multipler Alkoholneuritis nichts Auffallendes sein. Aber es ist namentlich von *Korsakoff*, der die mit multipler Neuritis einhergehende Psychose sorgfältig studirt hat, die Aufmerksamkeit auf eine eigenartige Form der Gedächtnissstörung gelenkt worden, welche entweder von vornherein mit den Symptomen der Neuritis multiplex sich ausbildet oder nach dem Ablauf schnell vorübergehender, stürmischerer Erscheinungen das Krankheitsbild ausmacht. — Besonders bemerkenswerth ist nun weiter, dass *Korsakoff* dieselbe, von ihm eingehend beschriebene Psychose auch bei anderen Fällen von Neuritis multiplex nicht alkoholischen Ursprungs constatiren konnte. Er hat eine Reihe eigener Beobachtungen mitgetheilt und bezeichnete die mit der multiplen Neuritis sich verbindende Form der Geistesstörung als Cerebropathia toxaemica psychica oder Psychosis polyneuritica. — Ich will auf die *Korsakoff*'schen Fälle hier nicht näher eingehen, möchte nur bemerken, dass bei einigen derselben die Symptome der Neuritis zu wenig ausgeprägt sind oder die Eigenartigkeit der Psychose zu wenig hervortritt, so dass sie zum Theil nicht beweisend genug sind. — Die Beobachtungen *Korsakoff*'s sind bisher von anderer Seite nicht bestätigt worden. Noch kürzlich berichtete *Oppenheim* in der Gesellschaft der Charité-Aerzte[1]), dass die von ihm beobachteten Fälle von multipler Neuritis, bei denen Alcoholismus ausgeschlossen werden konnte, nicht jene Form der Geistesstörung gezeigt hätten.

Ich möchte mir daher erlauben, Ihnen kurz einen Fall von Neuritis

[1]) Sitzung vom 3. April. — Berl. klin. Wochenschrift No. 24, 1890.

Digitized by Google

multiplex vorzustellen, die mannichfaches Interesse bietet und zwar hauptsächlich, weil einmal bei demselben Alcoholismus absolut auszuschliessen ist und dann die Krankheitserscheinungen in einer mit der von *Korsakoff* gegebenen Schilderung fast vollständigen Uebereinstimmung sich darstellen — Der Fall wird in einer Dissertation der hiesigen psychiatrischen Klinik ausführlich behandelt werden.

Patient ist ein 34jähr. Kaufmann aus Eisfeld, welcher schon seit 8 Jahren in Bonn ansässig ist, weswegen die Anamnese sehr genau erhoben werden konnte. Er ist hereditär nicht belastet, soll als Knabe das Nervenfieber überstanden haben, sonst nie ernstlich krank gewesen sein. Er war gut begabt, wurde Kaufmann und gründete vor 8 Jahren ein Spezereigeschäft. Er heirathete zu derselben Zeit; die Ehe war nicht glücklich. Die Frau starb schon nach $1^1/_2$ Jahren. — Nach dem Tode der Frau besorgte er ganz allein das Geschäft, war geizig und misstrauisch; ersparte sich in kurzer Zeit verhältnissmässig viel, vernachlässigte sich aber in jeder Beziehung. — Lues, Potus, Blei-, Arsen-Vergiftung etc. sind auszuschliessen.

Pfingsten 1889 bekam Pat. erst starke Diarrhoeen, die eine Zeit lang anhielten; hierauf stellte sich wochenlang andauerndes Erbrechen ein. Er kam sehr herunter und hatte keine Pflege. — Vorübergehend litt dann der Kranke an Doppeltsehen und im Juli 1889 kam eine immer stärker werdende Gedächtnissschwäche dazu. Er fragt z. B. den Bruder, wie lange er (Pat.) in Bonn sei, stellte auch an Andere dergleichen Fragen. Es wurde darauf eine immer grösser werdende Schwäche der Beine bemerkbar; doch konnte Pat. bis Ende September noch im Geschäft sein. Dann aber musste er zu Bett, weil er kaum mehr stehen konnte, und wurde ins hiesige Friedrichs-Wilhelmshospital gebracht. Hier wurden grosse Gedächtnisschwäche und zeitweise Delirien beobachtet. Der Kranke konnte nicht gehen, schlief wenig, schrie öfters laut, liess Urin und Stuhlgang unter sich gehen. Die Augenuntersuchung (Dr. *Peters*) ergab: r. Abducensparese: Nystagmus bei seitlicher Blickrichtung; normalen Augenhintergrund. Von den behandelnden Aerzten wurde an Tumor cerebri oder progressive Paralyse gedacht.

Der Kranke, der am 7. October in die hiesige Irrenanstalt aufgenommen wurde, zeigte nun die typischen Zeichen der multiplen Neuritis. Er konnte sich im Bett nur mit grosser Mühe von einer Seite auf den Rücken legen und umgekehrt; die Augen hielt er weit geöffnet, den Kopf in den Nacken gebeugt; die Bewegung des Kopfes war frei und nicht schmerzhaft. — Die Lähmungserscheinungen betrafen — besonders die unteren Extremitäten. Die Beine waren im Knie etwas flectirt; es bestand eine Knie- und Fussgelenkscontractur der Flexoren; die Füsse standen in Spitzfussstellung. Pat. war ausser Stande zu gehen und zu stehen; konnte nur die Beine im Hüft- und Kniegelenk langsam beugen. Dorsalflexion der Füsse war unmöglich; möglich nur geringe Plantarflexion. Die Patellarreflexe fehlten. Die Muskeln und Nerven der unteren Extremitäten waren

Digitized by Google

hochgradig druckempfindlich; schon bei leichtem Druck oder passiven Bewegungsversuchen fing Pat. laut an zu schreien; klagte auch spontan sehr über Schmerzen. — Er war nicht im Stande, sich im Bette aufzurichten. — Die oberen Extremitäten wiesen auch eine bedeutende Schwäche und starke Druckempfindlichkeit auf, aber keine localisirten Lähmungen. Es bestand ferner am ganzen Körper eine starke Herabsetzung der cutanen Schmerzempfindlichkeit, links stärker ausgeprägt, als rechts; ausserdem noch leichte rechtsseitige Abducensparese und Nystagmus bei seitlicher Blickrichtung. Erwähnt muss auch werden, dass die Stimme einen eigenthümlichen Klang, wie im Stimmbruch, zeigte. An den Füssen war Oedem vorhanden. Der Urin enthielt geringe Mengen Eiweiss, ohne sonstige abnorme Bestandtheile. Die Pulsfrequenz betrug 120 Schl. in der Minute. — Urin und Stuhlgang wurden ins Bett entleert. Der Appetit war sehr gering. Pat. klagte auch über Kopf- und Rückenschmerzen. — Die elektrische Untersuchung ergab eine hochgradige Herabsetzung der directen und indirecten Erregbarkeit; in einzelnen Muskeln partielle Entartungsreaction.

Mit diesen Erscheinungen war eine psychische Störung verbunden, bei welcher Unbesinnlichkeit und grosser Gedächtnissschwund das Auffallendste waren. Pat. meinte, er diente hier beim Jägerbataillon, sei von Hamburg gekommen und sei plötzlich krank liegen geblieben. Ueber die Krankheit erzählte er dann weiter irgend welche erfundene Geschichten. Er war um keine Antwort verlegen, fabelte heute so und morgen so, weiss weder über die letzte Zeit noch über die frühere Vergangenheit eine ordentliche Auskunft zu geben. Die Stimmung war dabei eine gleichmässig gute; nur ab und zu schien Patient etwas ängstlich. Bis zum Ende Januar 1890 bot der psychische Zustand dauernd dasselbe Bild. Kam man zu ihm an's Bett und fragte, wie es ihm gehe, so lobte er jedesmal sein Befinden und auf weiteres Fragen erzählte er dann immer, wo er gestern gewesen sei, wen er getroffen habe, was er Alles gethan, was er heute zu unternehmen gedenke. Manchmal berichtete er auch in derselben Weise über die Erlebnisse der letzten Tage, kam aber darauf zu sprechen, dass er nun seit gestern krank geworden sei und zwar an Schwäche der Beine litte. Er war dabei sehr sorglos und heiter, hoffte bald wieder ausgehen zu können. Ueber den Ort, wo er sich befände, gab er stets verkehrte Auskunft; bald war er im Hause der Eltern, bei diesem oder jenem Bekannten, an den verschiedensten Orten. Die Aerzte und Wärter redete er meist mit fremden Namen an. Nannte man ihm den Namen der Anstalt etc., so war er für den Augenblick sehr erstaunt, aber im nächsten Augenblicke war Alles wieder vergessen. — Im Verlaufe der Erkrankung hatten sich Ende October mit einer ängstlichen Erregung Symptome bedrohlicher Art eingestellt, die auf eine Mitbetheiligung des Vagus und Phrenicus hindeuteten. Patient verfiel plötzlich, warf sich unruhig im Bett hin und her, hatte starken Lufthunger, athmete sehr mühsam, sah cyanotisch aus. Er wurde dann

Digitized by Google

somnolent, gab keine Auskunft, wenn man ihn anrief; die Stimme wurde rauh und vibrirend; es stellte sich leichtes Fieber und Decubitus ein. — Aus diesem bedenklichen Zustande erholte sich Pat. nach einigen Tagen wieder und bot dann dieselben Symptome wie zuvor. — Die Beine wurden in der folgenden Zeit atrophisch; die Lähmungserscheinungen blieben dieselben. Seit Ende December aber machte sich mit Zunahme der Ernährung eine Besserung des psychischen Zustandes bemerkbar. Der Kranke behielt die Eindrücke, die er von seiner Umgebung bekam, besser; suchte sich zu orientiren und bald kehrte auch die Erinnerung für die Jugend und die Zeit bis zu Anfang der 70er Jahre, wenn auch noch unvollkommen, zurück. Das Erinnerungsvermögen ist allmählich noch ein besseres geworden. Er ist jetzt immer vollständig orientirt. Auffassungs- und Urtheilsvermögen sind ziemlich gut. Doch besteht noch ein gewisser Grad geistiger Schwäche, Gleichgültigkeit und stets sorglos heitere Stimmung. Wenn man von seiner Lage spricht, so ist er wohl etwas gerührt, bald aber lacht und scherzt er wieder.

Für die ganze Zeit der Erkrankung fehlt die Erinnerung, und das Gedächtniss für die Vergangenheit, besonders die letzten Jahre, ist auch noch lückenhaft. Er giebt jetzt selbst an, dass er wie aus einem Traume erwacht sei, als mit Anfang Januar sein Erinnerungsvermögen wiederkehrte.

Sie sehen gegenwärtig bei dem Kranken, der einen sehr stark entwickelten Panniculus adiposus zeigt, das Körpergewicht ist von 110 Pfd. (im November 1889) auf 180 Pfd. bis jetzt gestiegen. Die Lähmungserscheinungen an den Beinen sind noch sehr ausgesprochen. Die Füsse stehen in Spitzfussstellung; in den Fussgelenken besteht Contractur. Nur Plantarflexion und Hebung des inneren Fussrandes im Sinne des Musc. tib. ant. ist in geringem Grade möglich. Die Contractur im Kniegelenk ist geschwunden; die Bewegungen im Hüft- und Kniegelenk sind kräftiger geworden. Es besteht ferner an den Beinen (Ober- und Unterschenkeln) eine starke Herabsetzung, fast bis zum völligen Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit; auch noch die Herabsetzung der cutanen Schmerzempfindlichkeit. Die Muskeln und Nerven an den Extremitäten sind immer noch etwas druckempfindlich. Die Patellarreflexe fehlen. Pat. kann sich jetzt allein aufsetzen, muss sich aber mit den Händen gestützt halten. Bei seitlicher Blickrichtung besteht noch geringer Nystagmus und geringe Einschränkung der Beweglichkeit. Die Stimme ist eine normale geworden. Die Prognose, die bei der multiplen Neuritis nicht grade ungünstig ist, scheint hier in Bezug auf die Lähmung der Beine sehr zweifelhaft; während ja die psychischen Symptome sich bedeutend gebessert haben.

Dieser Fall, bei dem nicht der Alkohol, sondern vielleicht ein anderes toxisches Moment, möglicherweise in Folge der langdauernden Gastro-Intestinalstörungen verantwortlich zu machen ist, bestätigt bei seiner vollständigen Uebereinstimmung mit den Fällen von *Korsakoff* u. A., dass auch die Neuritis multiplex nicht alkoholischer Genese mit einer eigenartigen

Digitized by Google

Psychose sich verbindet, was differentialdiagnostisch und prognostisch besonders wichtig sein dürfte.

Sodann sprach

Schmitz, Ueber Geistesstörung nach Influenza.

Vortr. theilte nach Besprechung der einschlägigen Literatur seine während der im letzten Winter herrschenden Influenza-Epidemie beobachteten Fälle von Geistesstörung mit, welche direct an die Influenza anschlossen und eine andere Ursache nicht erkennen liessen. Analog den englischen und amerikanischen Autoren betrachtet Vortr. die Influenza primär als eine epidemische Erkrankung des Nervensystems und bezeichnet die übrigen Erscheinungen von Seiten der Lungen, des Herzens, des Digestionsapparates als secundär. Denn bei einigen hundert von ihm beobachteten Patienten seien zuerst immer Affectionen des Nervensystems aufgetreten und erst nachher seien die anderen Organe erkrankt. Nervenerkrankung ohne jede Complication von Lungen- oder Herzaffectionen habe er nicht constatirt. Bei keinem von Influenza befallenen Alkoholiker beobachtete Vortr. Geistesstörung. Die Prognose war im Allgemeinen günstig, der Verlauf oft etwas langsam. (Der Vortrag ist ausführlich in dieser Zeitschrift abgedruckt.)

Discussion: *Pelman* berichtet aus der Bonner Provinzial-Anstalt, dass bei den von der Influenza befallenen Irren eine günstige Beeinflussung der bestehenden Psychose nicht beobachtet wurde und dass mehrere befallene Paralytiker unter pneumonischen Erscheinungen starben. — Unter den Aufgenommenen waren 12, bei denen die Influenza als Ursache für die psychische Erkrankung anzusehen war; diese Psychosen, deren gemeinsame Symptome geistige Schwäche, stuporöse Zustände, Faseleien waren, ähnelten den Inanitions-Psychosen, unterschieden sich von diesen aber durch die Ungünstigkeit der Prognose; denn die Besserung war eine sehr langsame und fast regelmässig traten Rückfälle auf. Ausführlich sind die Beobachtungen aus der Bonner Anstalt in der Dissertation von Dr. *Mispelbaum* niedergelegt. (Vgl. diese Zeitschrift Bd. 47 p. 127.)

Nötel beobachtete in der Andernacher Anstalt 6 Fälle von Psychose nach Influenza, bei dreien war die Influenza aber wohl nur Gelegenheitsursache. Hallucinationen waren vorherrschend. Im Hinblick darauf, dass die Influenza einen so grossen Theil der Bevölkerung (so z. B. in Andernach den vierten Theil der Anstaltsbevölkerung) trifft und also auch sehr viele disponirte Individuen befällt, glaubt *N.* derselben keine besonders hervorragende Stelle unter den ursächlichen Momenten zuweisen zu müssen. Solange man nicht die Anamnesen besser sichtet, das Stadium, in welchem die Psychose einsetzt, genauer bestimmt und die Formen mehr auseinanderhält, kann man nicht von einer wirklichen Influenza-Psychose sprechen. — Ein Einfluss der Influenza auf bestehende Psychosen wurde in Andernach

Digitized by Google

nach keiner Richtung hin beobachtet; mehrere decrepide Personen starben durch Pneumonie.

Oebeke: Meine Erfahrungen und Anschauungen über den Zusammenhang und die gegenseitige Beeinflussung von Influenza und Psychosen kann ich nach 3 Gesichtspunkten ordnen:

I. Die Mittheilungen, welche mir in frischen Krankheitsfällen über das vermeintliche ätiologische Verhältniss zwischen beiden Krankheiten gemacht wurden, in dem Sinne, dass die Influenza die Geistesstörung verursacht habe und was ich hierüber erforschen konnte.

II. Meine eigenen Beobachtungen über die Wirkungen der Influenza auf bereits bestehende Geisteskrankheiten.

III. Was ich aus der sehr reichhaltigen Literatur über diesen Gegenstand ersehen konnte.

ad I) In mehreren frischen psychischen Erkrankungen wurde eine länger oder kürzer vorangegangene Influenza als die directe Ursache der Geistesstörung von der nächsten Umgebung angegeben. Bei genauerer Prüfung ergab sich jedoch, dass vor der Influenza bereits grössere Anstrengungen (durch Krankenpflege, Unterrichtertheilen), stärkere deprimirende Gemüthseindrücke (Todesfälle in der Familie, Nahrungssorgen für die Zukunft) stattgefunden hatten, dass schon vor der Influenza dadurch eine erhöhte Erregbarkeit sich geltend gemacht, dass ausserdem früher schon geistige Störung bestanden hatte und dass directe Erblichkeit von Vater- oder Mutterseite vorlag. So konnte bei den in unsere Behandlung übergehenden Fällen die Influenza nicht als alleinige oder Hauptursache, sondern nur als eine, meist die letzte und Ausschlag gebende Veranlassung für den Ausbruch der Psychose angesehen werden. Diese selbst bot in ihren Erscheinungen und in ihrem Verlaufe nichts Ungewöhnliches, nichts Besonderes, sie verlief als Melancholie mit Erregung und Lebensüberdruss oder als acute Verwirrtheit, ganz ebenso wie in anderen ähnlichen Fällen, so dass wir zur Annahme einer sogen. Influenza-Psychose, etwa nach Analogie der puerperalen oder alkoholischen Geistesstörung, keine Berechtigung finden konnten.

ad II) In einer grösseren Reihe bestehender Geisteskrankheiten, zu welcher Influenza hinzutrat, zeigte diese kaum einen anderen Einfluss, als den durch das Fieber bedingten. Die Qualität und Quantität der Symptome erfuhr keinerlei Aenderung. Nach Ueberwindung der zurückgebliebenen allgemeinen Schwäche, die in Verbindung mit ungewöhnlich frequentem Pulse ganz im Gegensatz zu dessen früherer Langsamkeit in einzelnen Fällen über viele Wochen, selbst über ein Paar Monate sich erstreckte, war der Zustand derselbe, wie vorher. Nur bei einem Paralytiker, der in einem Remissionsstadium wieder bei seiner Familie verweilte, zeigte sich nach Influenza mit heftiger Pleuropneumonie auf geistigem Gebiete zunächst eine weitere unverkennbare Besserung.

ad III) Ueber die Natur des Verhältnisses zwischen den beiden Krank-

Digitized by Google

heiten gehen nun die Urtheile der Aerzte, wie sie in ungewöhnlich vielen Veröffentlichungen über unseren Gegenstand während des letzten halben Jahres niedergelegt sind, weit auseinander: in der Frage also, ob zwischen beiden ein causales Verhältniss bestehe oder nicht, ob eine Influenza-Psychose zu statuiren sei. Die Einen sprechen sich entschieden dafür aus, nehmen auch andere specifische Hirnerkrankungen, Influenza-Hemiplegien an in Folge embolischer Verschleppung des Influenza-Keimes, machen diesen für Influenza-Epilepsieen in Folge hämorrhagisch-encephalitischer Heerde verantwortlich, sprechen von Influenza-Ptomainen oder Toxinen, welche als schwere Nervengifte durch Vergiftung der Hirnrinde Psychosen erzeugen sollen. Eine weitere Begründung für das Bestehen dieser bildet nach ihnen der Umstand, dass nach kurz dauernder Influenza unverhältnissmässig mehr geistige Störungen beobachtet wurden, als nach längerem Abdominaltyphus und croupöser Pneumonie mit ihrem zerstörenden Einfluss auf den Organismus, ferner dass dieselben stets als Nachkrankheiten erscheinen und nur kurz dauern. Andere schreiben ihnen im Gegentheil als charakteristisch eine lange Dauer zu und im Gegensatz zu den sonst nach Infectionskrankheiten beobachteten Fieberdelirien einen Mangel an Temperatursteigerung, wollen aber doch die Influenza nie als alleinige Ursache gelten lassen, während wieder Andere mit Bestimmtheit das Recht negiren, von einer encephalitischen Form der Influenza überhaupt zu sprechen. — In einzelnen Fällen wird von einer Besserung resp. Heilung berichtet, die sich an eine überstandene Influenza unmittelbar oder mittelbar (vermeintlich nachweisbar) angeschlossen haben soll. — Bei den Verfechtern der Influenza-Psychosen vermisse ich ein einheitliches Krankheitsbild, eine besondere Gruppirung der Symptome, einen eigenthümlichen Krankheitsverlauf: Factoren, welche ein Herausheben einer speciellen Krankheitsform auf ätiologischer Grundlage rechtfertigen könnten.

Kessler berichtet aus Grafenberg, dass die Influenza weniger die Geisteskranken, als das Wartpersonal ergriff (7 pCt. gegen 33 pCt.), dass dieselbe keinen Einfluss auf eine bestehende Psychose ausübte und dass die Todesfälle sich etwas durch Pneumonien mehrten. Als nach Influenza erkrankt wurden der Anstalt 18 Kranke zugeführt, nämlich 4 Paralytiker, die wahrscheinlich schon vor der Influenza psychisch abnorm waren und bei denen also die Influenza nur die Symptome schnell ausbildete, 6 an Manie, 5 an Melancholie und 3 an hallucinatorischer Verwirrtheit Erkrankte. Die Psychosen traten direct als Fieberpsychosen oder 7 bis 14 Tage nach dem Fieber auf. Die Hälfte der Fälle war erblich belastet. Nur 2 Kranke sind bis jetzt genesen, die anderen befinden sich noch in der Anstalt.

Diehl sah unter c. 300 Influenza-Erkrankungen nur 2 Psychosen, eine Manie von 3 Wochen Dauer bei Fehlen erblicher Belastung 14 Tage nach der Influenza und eine Melancholie mit Hallucinationen, welche sich erst nach einem auf die Influenza mit Pneumonie folgenden Gelenkrheumatis-

Digitized by Google

mus ausbildete und zur Ueberführung des Patienten nach Grafenberg Veranlassung gab.

Nötel findet für Grafenberg mit den vielen Aufnahmen die Zahl 18 niedrig; er meint, wenn man von einer eigentlichen Influenza-Psychose reden wolle, müsse man als solche die auf der Höhe des Fiebers auftretenden hallucinatorischen Zustände ansehen.

Zacher hat den Eindruck gewonnen, dass in keinem Falle mit Sicherheit die Influenza als einzige Ursache der Psychose angesehen werden konnte. Nach den Beobachtungen in Stephansfeld wirkt die Influenza ungünstig auf bestehende Psychosen ein. — Die Frage *Z.*'s, ob diejenigen Kranken in Grafenberg, bei denen das Delirium auf der Höhe des Fiebers einsetzte, Potatoren waren, beantwortet *Kessler* mit Nein.

Tigges ist ebenfalls der Ansicht, dass zu unterscheiden sei zwischen den Erkrankungen, die auf der Höhe des Fiebers, und solchen, die erst nach Abfall des Fiebers entstehen.

Schmitz glaubt daran festhalten zu müssen, dass in einigen seiner Fälle die Influenza die alleinige Ursache der Psychose gewesen ist, und dass, wenn man auch vorsichtig in der Wahl des einschlägigen Materials sein muss, man doch eine eigentliche Influenza-Psychose annehmen darf.

Schröter, Ueber gerichtliche Pflegschaft für Irre und Entmündigungsverfahren.

Die zahlreichen Entmündigungen, welche bei Patienten aus den unteren Volksschichten in der Anstalt Eichberg vorkamen — anscheinend nur um dem Wortlaute des Gesetzes zu genügen — veranlassen den Vortr. zu dem Verlangen, die Pflegschaft anstatt der Entmündignng der Regel nach eingeführt zu sehen. Eine solche lasse sich unschwer einführen durch Modification der gesetzlichen Bestimmungen und neueren Entwürfe, sie gestatte, wenn der Bedarfsfall für den Irren eintrete, seine Rechte in rascher Weise zu wahren und sie erspare dem Einzelnen die schweren Kosten des Entmündigungsverfahrens.

Schr. berührt weiter die historische Entwickelung der Anstalten, sowie die Aufnahme-Bestimmungen für Irre, welche ursprünglich nur in enger Beziehung mit dem Entmündigungsverfahren denkbar erschienen. Die Fortschritte in der Behandlungsart der Irren in Anstalten, Kliniken u. s. w., die innig gewordene Verbindung der Psychosen mit den Neurosen zeige den Weg, wie weiter vorgegangen, wie entgegenstehende Vorurtheile gebrochen werden müssen. Auch die Privatanstalten hätten förderlich vorgearbeitet, aber es erscheine nothwendig, gerade ihre Position durch gesetzliche Abänderung der betr. Bestimmung der Gewerbeordnung zu haben. In diesem Punkte, sowie in der entsprechenden Vorbildung des Arztes erblicke der Vortr. eine wesentliche Stütze für Durchführung der Pflegschaft an Stelle des Entmündigungsverfahrens: letzteres erfahre übrigens schon jetzt von Seiten der fünf Staatsanwaltschaften, die für das Aufnahmegebiet

Digitized by Google

der Anstalt Eichberg zuständig seien, eine ziemlich verschiedenartige Anwendung.

An der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion betheiligten sich *Oebeke*, *Fabricius*, *Schulz* und der Vorsitzende; der Letztere stellte es als einen Hauptfehler hin, dass nicht für die Geisteskranken als solche ein Rechtsschutz bestehe, und wies auf das französische Irrengesetz hin, welches in die Beaufsichtigungs-Commission der Anstalten einen Juristen bestimmt, der eo ipso für die Vermögensverhältnisse der nicht entmündigten Geisteskranken eintreten muss.

Hertz, Ueber Isolirräume.

Unter Isolirräumen befasst *H.* nicht nur die wirklichen Zellen, die strong rooms der Engländer, sondern auch die weniger festen, aber gut gesicherten Einzelräume, single rooms, welche beide dem Zwecke der Behandlung und Behütung von gewaltthätigen, schmutzigen, auch sich selbst beschädigenden Geisteskranken dienen. Die Räume der ersten Sorte werden hauptsächlich den männlichen, die der zweiten mehr den weiblichen Kranken zuzuweisen sein.

Wenn von anderen Seiten auf 10 Geisteskranke durchschnittlich einer als der Isolirung bedürftig gerechnet wird, so hat die bisherige Erfahrung im eigenen Hause gelehrt, dass ein viel höheres Verhältniss, nämlich 5 : 1 anzunehmen ist, wobei dann mit Berücksichtigung der Geschlechter der höhere Procentsatz der Unruhigen auf Seite der Frauen fällt. Nehmen wir an, dass auf 100 Geisteskranke 20 der Isolirung benöthigte kämen, so werden die in den Anstalten befindlichen eigentlichen Zellenabtheilungen diesem Verhältnisse nicht entsprechen. Man hat deshalb in grösseren und kleineren Anstalten auf den Abtheilungen für ruhige Kranke Einzelräume vorgesehen, zu dem Zwecke vorübergehender Isolirung plötzlich erregter und zeitweise unruhiger Kranken. Durch diese mehr und mehr eingeführte Einrichtung ist es ermöglicht, die Anzahl der in Gebrauch zu nehmenden Zellen um das Doppelte und mehr noch zu vermehren. Eine ordentliche, den Bedürfnissen entsprechende Anstalt für Geisteskranke, sei sie grösser, sei sie kleiner, kann ohne Isolirgebäude d. h. ohne zusammengruppirte Isolirräume nicht auskommen, sie würde sich ohne ein solches eines wichtigen Curmittels begeben.

Es ist nun die Frage, wie man eine solche Abtheilung, worin neben der Sicherheit die Sorge für Ruhe, für Reinlichkeit, für gute Luft und Licht das Maassgebende ist, zunächst als Gruppe gedacht, am Besten herstellt. Das Ideal einer solchen Einrichtung, welches alsdann nur nachzuahmen wäre, ist noch nicht erfunden trotz der nie rastenden Versuche.

Zu verwerfen ist die rein lineare Form in der allgemeinen Anlage; mehr noch diejenige Corridorform, welche zu beiden Seiten die Räume einander gegenübergestellt hat. Die Einschaltung der Zellen zwischen

Digitized by Google

zwei Corridore ist obsolet geworden, und das Unternehmen, die Zellen aus einem grossen, die Tage- und Nachträume enthaltenden Rechtecke in der Form kleiner, selbstständiger Häuschen in die Einzelhöfe, allerdings mit guter, geräumiger Trennung, hervorspringen zu lassen, ist der zu schwierigen Beaufsichtigung wegen nicht nachahmungswerth. Dem Ziele wird man näher kommen durch Beobachtung zweier Grundsätze: Für den Grundriss wähle man anstatt der graden Flucht die Brechung derselben einen einfachen oder auch doppelten rechten Winkel, wodurch zwei verschiedene Frontstellungen sich ergeben; jede Zellenreihe habe nur einen, aber sattsam grossen Corridor vor sich. Der zweite Grundsatz sei der, jede Zelle für sich durchaus gesondert einzurichten d. h. ihr mit der Nachbarzelle nichts Gemeinschaftliches, namentlich keinen gemeinschaftlichen Ofen, keine gemeinschaftliche Closet-Ausmündung zuzutheilen. Nur in dieser Weise ausschliesslich für sich bestehende Zellen soll man nebeneinanderlegen.

Um nun in Betreff der Einrichtung der Einzelzelle, auch des Einzelzimmers, mit sicheren Factoren zu rechnen, beruft sich *H.* auf die längere eigene Erfahrung. Bereits 1871 hat derselbe bei Gelegenheit der Tagungen des Vereines eine neue Zellen-Einrichtung demonstrirt und an Ort und Stelle vorgezeigt, die mehrfach beifällig aufgenommen wurde. Dieselbe hat sich nun in den meisten (nicht in allen) Stücken bisher, also im Verlaufe von fast 20 Jahren, durchaus gut bewährt und soll auch jetzt bei einem Erweiterungsbaue, der aber noch eine zweite Etage für chronisch-unruhige Frauen erhalten wird, zum Vorbilde genommen werden. Der ganze Bau stellt sich quer vor das westliche Ende einer bereits bestehenden Abtheilung, benutzt unten für unruhige Männer, oben für unruhige Frauen; er wird ganz unterkellert und überall aus massivem Ziegelmauerwerke aufgeführt. Auf die Fluren oben und unten entfällt 12½ Fuss lichte Breite; auf die obere Etage führt eine an der östlichen Seite gelegene, zwischen Steinwänden gehende, feuersichere Treppe mit besonderem Eingange. — Man denke sich nun unten wie oben 4 Isolirräume in der Westfront gelegen, die beiden Eckzimmer haben je einen Vorraum, der dem Corridor abgeschnitten ist. Auf die beiden Corridore stösst von Osten herkommend je ein Verbindungsgang mit den älteren Abtheilungen. Jeder Isolirraum im Erdgeschoss erhält bei einer Höhe von 14 Fuss eine Tiefe von 16 und eine Breite von 13 Fuss. Die grosse Breite ist vorgesehen, damit 2 Betten, der Länge nach hintereinander gestellt, bequem Platz finden können und noch für das obere ein gehöriger Abstand von der Fensterwand übrig bleibt.

H. ist durchaus für das Hochwandfenster in den Zellen für gewaltthätige Männer; dasselbe hat, sowie es hier hergestellt ist, niemals und in keinem Stücke in der langen Zeit Schiffbruch gelitten, es ist ein innen mit Holzgetäfel ausgekleidetes, durch einen Pfeiler halbirtes Kuppelfenster und misst mit seiner inneren Umleistung 6 Fuss Breite und 6½ Fuss Höhe.

Digitized by Google

Aussen ist es nicht schwerfällig, aber sicher vergittert mit einem den Fenstersprossen entsprechenden Stabwerke und mit Rolljalousien versehen. Die beiden mit Badcülriegeln verschliessbaren Flügel haben je 9 Scheiben aus rauchfarbenem Glase in schmalen Sprossen. Das innere, schräg gestellte Fensterbrett liegt 7 Fuss über dem Zimmerboden. Zum Schutze gegen Wurf und Stoss ist innen auf die Umrahmung der Fensternische je ein in Charnieren gehender Schutzrahmen, dessen Paneel aus ansehnlich starkem Drahtgewebe besteht, angebracht; beide Rahmen schliessen sich an den mit Holz inwärts bekleideten Mittelpfeiler mittels Zungenschloss ab, lassen aber zwischen sich und den Glas-Fensterflügeln soviel Raum, dass, wenn diese offen stehen, noch eine ansehnliche Spalte zur Lüftung frei gegeben ist.

Diesem Kuppelfenster gerade gegenüber befindet sich der Thüreingang im Lichten von 3 Fuss Breite und von $6^1/_2$ Fuss Höhe; zum Verschluss dienen 2 Thüren im Abstande der Mauerdicke. Die innere, nach innen aufschlagend, aus 2 aufeinander geschraubten Blättern bestehend, hat 6 Füllungen; die oberen 4 Füllungen, je 2 rechts und links von einem breiten Mittelkreuze, enthalten anstatt des Holzpaneels ein solches aus starkem, engmaschigem, quadirtem Drahtgewebe, ein einziges grosses Stück dieses Gewebes wird zuerst auf eine der beiden Thürplatten aufgestiftet und dann mit der zweiten Platte auf die erste zusammenverschraubt. Zur Verstärkung der Drahtpaneele dient noch ein T-Eisenstab, welcher senkrecht aussen gegen dieselben auf den hölzernen Rahmen befestigt ist. Diese bündig einschlagende innere Thüre hat ein einfaches, aber gut und stark federndes Dorn- oder Flurschloss. Die äussere, nach aussen schlagende Thüre besteht auch aus 2 aufeinander geschraubten Blättern, das innere ist ganz glatt, das äussere stellt einen Rahmen mit ausgesparten Füllungen dar, welche von dem inneren Blatte zugesetzt werden. Diese Thür hat ein in den Auf- oder Einschlag, also in die Thürdicke eingestemmtes, dreifach schliessendes, mit einem durchgehenden Streifen von Eisenblech verdecktes Bascülschloss, so dass von Schloss oder Riegelwerk, ausser dem Dorne im Schlosse, gar nichts gesehen wird. Die lichten Drahtfüllungen des inneren Schlages gestatten, da der äussere für gewöhnlich nur zugelehnt zu werden braucht, geräuschlos zu jeder Zeit die völligste Uebersicht durch das ganze Zimmer, sie erleichtern den Verkehr mit dem Kranken, unterstützen die Lüftung und der schlechte Schall der so eingerichteten Thüre verleidet alsbald das Schlagen und Stossen gegen dieselbe.

Ueber der Thüre ist ein 2 Fuss hohes und 3 Fuss breites, mit Holz ausgekleidetes Oberlicht. Im Falze der Bekleidung innenwärts steht ein wegnehmbarer Holzrahmen mit Drahtgeflecht-Paneel, der aussen eine Stabverstärkung hat; in dem Falz corridorwärts ist ein oben in Charnieren gehendes, stellbares Glasfenster eingefügt, welches zur Lüftung, wie zur Besorgung der im Oberlichte stehenden Schirmlampe dient.

Unten am Boden neben der Thüre befindet sich der in Holzwerk aus-

Digitized by Google

gekleidete Durchlass für den 1½ Fuss hohen und ebenso breiten, aber doppelt so langen ein- und ausschiebbaren Nachtstuhl; ist derselbe ausser Gebrauch gestellt, so wird der Durchlass innen durch ein nach aussen eingeriegeltes festes Rahmenstück verschlossen gehalten. In dem möglichen Falle, wo es dem Insassen gelungen ist, die innere Thüre zu versperren, ist der Zugang zu dem Zimmer durch das grosse Oberlicht, wie durch den sattsam grossen Durchlass ohne besondere Schwierigkeit zu bewerkstelligen.

Der den Zellen vorliegende grosse Corridor lässt sich durch gegenüberstehende Fenster und Oberlichter unter Durchzug stellen. Alles Holzwerk in den Zellen, ausser den Fensterrahmen, sowie die Bedielung der Böden ist aus reifem Schwarzwälder Tannenholze hergestellt und hat sich als dauerhaft und für Anstrich, wie Frottirung wohl geeignet erwiesen.

Nicht nachahmenswerth ist die Einrichtung durch einen, wenn auch grossen, in einem aufgemauerten Mantel stehenden Ofen je 2 Räume zu heizen; nur durch fortwährende starke Feuerung erhält man die grossen Räume warm genug, und die Schallleitung von Raum zu Raum wird durch die in den beiden Segmenten des Mantels oben befindlichen Zuführungsrosetten zu sehr befördert.

In den Isolirräumen des für Frauen bestimmten, oberen Stockwerkes kann die bauliche Einrichtung in manchen Stücken abweichend sein. Die Fensterstellung — das Kuppelfenster bleibt beibehalten, wird aber um 1 Fuss in Höhe und Breite kleiner — kommt auf die gewöhnliche Höhe, also etwa 3 Fuss über den Boden. Für die Höhe der Räume genügen 12 Fuss. Da die niedrige Fensterlage zu verkehrten Hantirungen daran auffordert, so ist die Sicherung des Fensters vor Allem ein Erforderniss. Hier haben in älteren Gebäulichkeiten unter ähnlichen Verhältnissen nach Experimenten verschiedener Art die äusseren Gitter aus senkrecht gestellten, federnden Stahlrundstäben ohne Querstäbe bis jetzt sich als zuverlässig bewährt; diese Stäbe haben eine Dicke von noch nicht ½ Zoll und stehen in einem lichten Maasse von 3½ Zoll auseinander. In einem vorher in das Mauerwerk genau eingepassten Rahmen aus Flacheisen sind dieselben sorgfältig eingenietet. Bei einer Länge von 5 Fuss giebt der federnde Widerstand der Stäbe bei Ausdehnungsversuchen schwerlich über einen Zoll nach. Es ist ein Leichtes, dieselben glatt zu erhalten und sie fallen wenig auf. Der zimmerwärts stehende Schutzrahmen gegen Zertrümmerung der Scheiben, Hinauswerfen von kleinen Sachen durch das Gitter etc. ist unentbehrlich; die hier im Gebrauche befindlichen und aus einem Stücke bestehenden sind je in die entsprechend numerirte Fensterbekleidung mittels Falz so genau eingepasst, dass, wenn sie eingestellt sind, sich die oben angebrachten Charniertheile leicht in einander fügen und durch einen verschiebbaren Stift befestigt werden. Links und rechts werden sie dann mittels federnder Riegel abgeschlossen. Hinter diesem Schutzrahmen können die Fensterflügel in ansehnlichem Abstande offen

Digitized by Google

gehalten werden. — Auch auf diese Etage sind verschiebbare Rolljalousien aussen angebracht.

Zur Heizung des nunmehr aus 10 Räumen sich zusammensetzenden Gebäudes wird die Luftheizung die zweckmässigste sein. Die Räumlichkeiten im Souterrain, welche um die Heizkammer herumliegen, dienen als Trockenräume. Ein doppelter Windelboden, zwischen den starken Balken angebracht, wird in Bezug auf die Schallleitung einem Betonboden vorzuziehen sein.

Nachdem der Termin für die nächste Versammlung auf den 15. Novbr. festgesetzt worden war, und der Vorsitzende noch die Mittheilung gemacht hatte, dass die Enthüllung des *Nasse*-Denkmals am 28. Juli stattfinden werde, wurde die Sitzung geschlossen. *Peretti.*

---

46. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 15. November 1890 in Bonn.

Anwesend die Mitglieder: *Behrend, Brie, Buddeberg, v. Ehrenwall, Eickholt, Fabricius, Gudden, Hertz, Heyden, Höstermann* (Boppard), *Kerris, Kny, Laudahn, Longard, Meyer, Oebecke, Pelman, Peretti, Schmitz, Schreiber, E. Schultze, Fr. Schultze, Schwartz, Steiner, Tigges, Umpfenbach, Wahl, Zacher.* Als Gast: *von Scheele* (Bonn). Entschuldigt: *Albers, Huberty, Nötel, Sioli.*

Nach Eröffnung der Sitzung theilte der Vorsitzende, Geheimrath *Pelman*, mit, dass 2 Mitglieder, Dr. *Elsperger* und Dr. *Lührmann*, welche ihren Wohnsitz nicht mehr in der Rheinprovinz haben, aus dem Verein ausgeschieden sind, und gedachte mit warmen Worten des durch den Tod ausgeschiedenen Mitgliedes, des Directors der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg, Dr. *Jehn*, dessen Andenken die Anwesenden durch Erheben von den Sitzen ehrten.

Nach Verlesung des Protocolls der vorigen Versammlung berichtete der Vorsitzende über die feierliche Enthüllung der vor der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn aufgestellten *Nasse*-Büste am 31. Juli d. J.

Der Antrag des Schriftführers, dass wieder einmal ein Beitrag von 3 Mark zu der Vereinskasse von sämmtlichen Mitgliedern eingefordert werden möge, wurde angenommen.

Bei der Aufnahme neuer Mitglieder wurde auf Vorschlag von *Oebecke* auch dieses Mal von der Ballotage abgesehen und durch einfaches Abstimmen die Aufnahme der Herren: Dr. *von der Helm* in Endenich, Dr. *Gudden* in Pützchen, Dr. *Ernst Schultze* in Bonn und Prof. Dr. *Steiner* in Köln genehmigt.

Bei der nun folgenden Neuwahl des Vorstandes wählte die Versammlung als Vorsitzenden und dessen Stellvertreter Geheimrath Prof. Dr. *Pel-*

Digitized by Google

man und San.-Rath Dr. *Hertz* wieder und als Schriftführer an Stelle von Dr. *Peretti*, der im Hinblick auf seinen baldigen Wegzug von Bonn von einer Wiederwahl abzusehen bat, San.-Rath Dr. *Oebecke*.

Es folgten dann die wissenschaftlichen Vorträge.

Steiner, Ueber die Entwickelung der Functionen des Grosshirns.

Es kann sich der ganzen Natur der Sache nach nur um das Studium der Entwickelung innerhalb des Stammes, d. h. um die phylogenetische Entwickelung handeln, da wir in der Ontogenie d. h. beim Embryo selbst die Functionen zu studiren vorläufig nicht im Stande sind.

Mit dem Grosshirn der Fische beginnend, hat sich herausgestellt, dass bei den Knochenfischen das dort vorhandene Grossbirn ohne Function ist und die sonst von diesem Organe besorgte Arbeit, wie z. B. spontane Nahrungsaufnahme u. a. von dem Sehcentrum geleistet wird. Bei den primitivsten Wirbelthieren, den Knorpelfischen (Hund- und Katzenhaie), ist das anatomisch vorhandene Grosshirn nichts Anderes als Riechcentrum, sodass hier also die Grosshirnfunctionen ebenfalls von einem Sinnescentrum ausgeübt werden: da das Vorder- oder Grosshirn aller Wirbelthiere homolog ist, so folgt aus der letzten Beobachtung, dass das Grosshirn der Wirbelthiere sich aus dem Riechcentrum entwickelt hat. Aus der im Anfang aber mitgetheilten Thatsache müssen wir schliessen, dass jedes Sinnescentrum, insbesondere die höheren Sinnescentren, identisch mit diesem primitiven Grosshirn sind oder: jedes Sinnescentrum ist ein primitives Grossbirn. Nehmen wir dazu ein drittes Gesetz, dessen Basis hier nicht entwickelt werden kann, dass nämlich in der Wirbelthierreihe im Gebiete des Centralnervensystems das Bestreben herrscht, die Functionen von hinten nach dem Vorderende wandern zu lassen, so stellt sich die Entwickelung der Functionen des Grosshirns in folgender Weise dar: die bei den niederen Wirbelthieren vorhandenen Sinnescentren oder primitiven Grosshirne wandern allmählich von hinten nach vorn auf die aus dem Riechcentrum hervorgegangene Grosshirnrinde, welche somit alle bisher in verschiedenen Theilen des Gehirns verstreuten primitiven Grossbirne auf einer gemeinsamen Fläche vereinigt [1]).

Zacher, Ueber 2 Fälle von acuter Paralyse.

Z. berichtet über 2 Fälle acut verlaufender Paralyse, von denen der erstere Fall nach einem mehrmonatlichem melancholischen Prodomalstadium, während welchem der betreffende Kranke jedoch noch seinen Dienst ver-

[1]) Vgl. *J. Steiner*, Die Functionen des Centralnervensystems und ihre Phylogenese. Heft 1 u. 2 (soviel bisher erschienen), Braunschweig, Fr. Vieweg & Sohn, 1885 u. 1888, sowie weitere Ausführungen dieser Sätze an anderer Stelle.

Digitized by Google

sehen konnte, innerhalb nicht ganz 4 Wochen verlief, während der andere eine Krankheitsdauer von ca. $2^1/_2$ Monat aufwies. In beiden Fällen fand sich neben relativ wenig erheblichen Veränderungen an den Gefässen und im interstitiellen Gewebe ziemlich ausgedehnter und hochgradiger Faserschwund. Auf Grund dieses Befundes kommt Vortr. zu dem Schlusse, dass es Fälle von Paralyse gebe, bei denen der Faserschwund als der primäre Vorgang bei den anatomischen Hirnveränderungen anzusehen sei.

(Der Vortrag wird anderweitig ausführlicher mitgetheilt werden.)

Discussion.

Hertz möchte die beiden Fälle zum Delirium acutum rechnen, warnt vor zu grosser Verbreiterung des Gebietes der Paralyse und fordert unter Erinnerung an seine früheren Demonstrationen auf, mehr auf die von ihm bei Delirium acutum gefundene Verengerung des Foramen lacerum zu achten.

Die Frage *Pelman's*, ob man bei den beiden Fällen nicht an eine acute infectiöse Gehirnkrankheit denken könne, wird von *Zacher* im Hinblick auf das lange Vorstadium in dem einen Falle und dem Mangel jeglichen für eine Infection sprechenden Ergebnisses bei der Section der inneren Organe verneint. Auch hat man bis jetzt, was *Fr. Schultze* bestätigt, bei acuten Infectionskrankheiten noch keinen Faserschwund im Gehirn gefunden.

Fr. Schultze, Erfahrungen über Höhlenbildung innerhalb des Gehirns und Rückenmarks.

Vortr. erörtert kurz die verschiedenen bekannten Ursachen, die zu einer Höhlenbildung im Centralnervensystem führen können und berichtet über einen in der medicinischen Klinik beobachteten Fall, bei welchem es sich um einen im December 1888 aufgenommenen 18jährigen Jungen handelt, der schwer gelernt hatte und seit 1886 an zunehmend heftigen Krampfanfällen epileptischer Art litt; ein Sturz im August 1888 übte keinen Einfluss auf die Anfälle aus. Bei der Aufnahme zeigte Pat. einen mässigen Grad von Blödsinn und neben den Anfällen spastische Symptome, Contracturen und klonische Zuckungen an Armen und Beinen, besonders am rechten Beine, ferner an der Zunge und im ganzen Gesichte, einschliesslich der Stirn. Die Diagnose beschränkte sich auf die Annahme einer Affection des Stirnhirns und vielleicht des Pons, wahrscheinlich auf Grund einer Entwickelungshemmung. Die Verblödung nahm rasch zu und Patient starb nach einigen Monaten. Die Section ergab an beiden Hirnhemisphären einen grossen Defect, der die beiden ersten Stirnwindungen und die vordere Centralwindung einnahm, von der Oberfläche aber immer noch durch die stellenweise allerdings verschmälerte Rindensubstanz abgeschlossen war. Für Blutung, zerfallenes Gliom, Trauma fand sich kein Anhalt, gegen Porencephalie sprach das Fehlen einer Verbindung mit der Oberfläche und es blieb nur die Annahme einer chronischen Erweichung ohne primäre Ge-

fässerkrankung übrig. Aehnliche Fälle sind nur von *Wernicke* und von *Naunyn* bei älteren Individuen beschrieben.

Peretti: Kurze Mittheilung über Versuche mit Piperazidinum (Sperminum) hydrochloricum:

Die *Brown-Séquard*'schen Veröffentlichungen über die Wirkung subcutaner Injection von Hodenflüssigkeit haben, wenngleich dieselben überraschend und schwer glaubhaft erschienen, veranlasst, dass man von Seiten der Chemiker sich bemühte, den wirksamen Bestandtheil, ein Spermin, darzustellen. Nach verschiedenen, nicht zum Ziele führenden Versuchen Anderer scheint es der chemischen Fabrik auf Actien (vormals Schering) in Berlin jetzt gelungen zu sein, ein reines Spermin zu gewinnen. Das Präparat, welches mir von dort zur Verfügung gestellt wurde, ist die salzsaure Verbindung des reinen Spermins und chemisch als Piperazidinum hydrochloricum zu bezeichnen; über den chemischen Charakter will ich nur anführen, dass das Piperazidinum purum ein doppeltes Aethylenimin $\left(\begin{matrix}CH_2\\CH_2\end{matrix}>NH\right)$ und einen hydrirten, aus 4 Kohlenstoff- und 2 Stickstoffatomen bestehenden Ring darstellt.

Das salzsaure Piperazidin besteht aus feinen, weissglänzenden, nadelförmigen Krystallen, die sich leicht in Wasser lösen, keinen charakteristischen Geruch und in der wässerigen Lösung einen etwas salzigen Geschmack haben.

Was nun die Anwendung betrifft, so haben wir bis jetzt von einer 1—2procentigen wässerigen Lösung in Zwischenpausen von 3—5 Tagen eine Pravaz'sche Spritze voll unter die Haut des Oberarms injicirt, also 0,01—0,02 Piperazidin. hydrochlor., werden aber in der Folge jedenfalls höher gehen, zumal einer Mittheilung der Fabrik nach bei innerlicher Verabreichung selbst Dosen bis zu 1,0 vollständig ungiftig sich erwiesen haben. Abgesehen von einem ca. ½ Minute anhaltenden Brennen und einer ganz geringen Druckempfindlichkeit der Applicationsstelle für einige Stunden sind unangenehme Nebenwirkungen nicht beobachtet worden.

Viele Versuche sind noch nicht angestellt worden, auch fehlen noch erforderliche Controllversuche, aber das scheint sich doch bis jetzt deutlich erwiesen zu haben, dass dem Piperazidinum hydrochlor. eine stimulirende Wirkung inne wohnt: die Patienten fühlten sich zum Theil auch subjectiv kräftiger, die Kraft der Armmusculatur, am Dynamometer gemessen, hob sich etwas, es zeigte sich besserer Schlaf und die Pulswelle, mit dem Marey'schen Sphygmographen gezeichnet, nahm an Höhe zu, ihr Abfall wurde steiler. Bei einer alten, decrepiden Frau, die schon längere Zeit bettlägerig war, Morgens Oedem der Gesichtsseite, auf der sie Nachts gelegen hatte, zeigte und eines Tages collabirte, erzielte eine Injection von 0,01 prompte und auffallende Besserung, die nach einer, drei Tage später erfolgten Injection von 0,015 noch deutlicher wurde; die Oedeme traten

Digitized by Google

nicht mehr auf. — Hervorzuheben wäre, dass eine Wirkung des Mittels auf die Genitalsphäre nicht beobachtet wurde. — Wenn ich auch bei der kurzen Zeit und der geringen Zahl der Versuche ein definitives Urtheil über den Werth des neuen Mittels noch nicht abgeben möchte, so glaube ich doch, dass es der Mühe lohnt, weitere Versuche mit Piperazidinum hydrochlor. anzustellen; meiner Ansicht nach würden sich, was das Gebiet der psychischen Krankheiten betrifft, vorzugsweise solche Patienten zur Behandlung eignen, welche an Inanitionspsychosen leiden, und solche, bei denen Depressionszustände mit dem Gefühl der Schlaffheit und Mattigkeit bestehen. An unserer Anstalt wird Dr. *E. Schultze*, der sich an den bisherigen Versuchen betheiligte, die Wirkungen des Piperazidin. hydrochlor. weiter studiren und dann die Beobachtungen ausführlich bekannt geben.

Die Feststellung des Tages der nächsten Versammlung im Juni 1891 wurde dem Vorstand überlassen, und dann die Sitzung um 4 Uhr geschlossen.

Peretti.

---

22. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe, den 8. und 9. November 1890.

Geschäftsführer: *Schüle*-Illenau, *Karrer*-Klingenmünster.

Anwesend die Herren: *Acker*-Mosbach, *Billmaier*-Hördt, *Dietz*-Illenau, *Emminghaus*-Freiburg, *Fischer*-Illenau, *Fischer*-Pforzheim, *Fürstner*-Heidelberg, *Karrer*-Klingenmünster, *Keller*-Freiburg, *Kirn*-Freiburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Kuhnen*-Pfullingen, *Landerer*-Illenau, *Nissl*-Frankfurt, *Sarwey*-Winnenthal, *Schüle*-Illenau, *Stark*-Stephansfeld, *Vorster*-Stephansfeld. — Ferner die Herren: *Hoffmann* sen., *Kaiser*, *Seeligmann* und *Wunderlich* von Karlsruhe sowie *Reichert*-Durlach.

1. Sitzung den 8. November, Nachmittags 3 Uhr.

Geh. Hofrath *Schüle* eröffnet die Versammlung und begrüsst die Erschienenen.

Zum Vorsitzenden wird Prof. *Fürstner* gewählt. Nach dem Danke an die Geschäftsführer gedenkt Vors. in warmen Worten des verstorbenen Collegen *Hergt*. Zu Schriftführern wurden gewählt: Dr. *Keller*-Freiburg und Dr. *Vorster*-Stephansfeld.

1. Prof. *Kirn*-Freiburg: Die Neurosen und Psychosen der Influenza.

Vortragender kommt auf Grund eigener Erfahrungen und des reichhaltigen in der Literatur niedergelegten Beobachtungsmaterials nach eingehenden Erörterungen zu folgenden Schlusssätzen:

Die Influenza, welche unseren ganzen Nervenapparat zu schädigen geneigt ist und die verschiedenartigsten Neurosen zu erzeugen vermag,

wird auch leicht durch Affection der psychischen Centren die Ursache zu geistigen Störungen.

Diese sind, wie die jüngste Epidemie gelehrt hat, nichts weniger als selten und jedenfalls absolut häufiger, als die Psychosen, welche im Gefolge irgend einer anderen acut-febrilen Erkrankung auftreten.

Die psychischen Störungen entstehen entweder im febrilen Stadium der Influenza und stellen sich dann bald, und zwar sehr häufig, als sogenannte febrile Delirien, bald, aber ungleich seltener, als länger dauernde acute febrile Psychosen dar. Oder sie treten erst nach Ablauf des Fiebers auf, bald als asthenische Psychosen, bald als Melancholieen, bald als Manieen — mit Ueberwiegen der melancholischen Krankheitsformen.

Diese verschieden gestalteten Psychosen, welche kein für die Influenza specifisches Gepräge aufweisen, haben ihrer Majorität nach einen kurzzeitigen günstigen Verlauf zur Genesung, eine kleinere Zahl derselben dagegen zeigt schwerere Symptome, einen protrahirten Verlauf und eine zweifelhafte Prognose.

Ausser den aufgeführten werden auch noch andere psychische Krankheitszustände auf Rechnung der Influenza gesetzt, namentlich paralytische und hysterische Psychosen, sowie Fälle von Paranoia, bei deren näheren Ergründung es sich aber ergiebt, dass sie bereits vor dem Grippe-Anfall vorhanden, nur nicht erkannt waren. Diese, sowie die durch die Influenza ausgelösten Anfälle von Delirium potatorum werden wohl am besten als „Pseudo-Influenza-Psychosen" den ächten Fällen gegenüber gekennzeichnet.

In pathogenetischer Hinsicht ist anzunehmen, dass das dem Nervensysteme zweifellos sehr gefährliche Influenzagift, das heute noch nicht näher zu definirende „Toxin", wesentlich die Auslösung dieser Psychosen bedingt, und zwar bei den febrilen Psychosen unter Mitwirkung des Fiebers, bei den afebrilen Störungen auf Grundlage einer angeborenen oder erworbenen Prädisposition seine Wirkungen entfaltet.

(Der Vortrag wird in extenso in dieser Zeitschrift zur Veröffentlichung kommen.)

Discussion. *Fürstner* bittet bei der Discussion eine bestimmte Reihenfolge einzuhalten und sich zunächst über die ätiologische Bedeutung der Influenza, dann darüber zu äussern, ob die nach der Influenza auftretenden Psychosen ein specifisches Krankheitsbild darbieten, schliesslich über den Einfluss der Influenza auf bestehende Psychosen Beobachtungen mitzutheilen.

Schüle. Wir verfügen über 9 Fälle weiblicher Kranker (letztere sind überhaupt numerisch viel zahlreicher vertreten), die in den verschiedensten Lebensaltern standen, von 25—60 Jahren. Die Influenza-Erkrankung erwies sich bei Allen als eine einfache, nicht complicirte; sie bestand in dem bekannten Symptomencomplex, ohne gerade hohes Fieber, das vorübergehend bei Einzelnen wohl 39° erreichte. Im Ganzen aber herrschten die mittleren Fieberbreiten vor. Gefolgt war der eigentliche Infectionszustand

Digitized by Google

von dem bekannten kürzeren oder längeren Müdigkeits- resp. Erschöpfungsstadium. Bei Zweien trat die Influenza in Form einer nochmaligen Recidive auf.

Die zur Beobachtung gekommenen Psychosen vertheilten sich unter verschiedene klinische Formen: hallucinatorischer Wahnsinn, Melancholie mit Angst und Hallucinationen, heitere Exaltation mit Grössenideen, Manie mit Verwirrtheit. Eigenthümlich war allen Zustandsbildern der Charakter der psychischen Erschöpftheit: in den acuten unter der Form des Stupors, oder wenigstens einer tiefen Benommenheit; bei den subacuten und chronischen unter der Form einer schon frühzeitigen psychischen Schwäche. Wir haben in Illenau überhaupt keine rasch verlaufende Fälle beobachtet: der kürzeste brauchte über drei Monate, der grössere Theil ist jetzt noch nicht abgelaufen. Dabei waren auch die acuten Influenza-Psychosen klinisch wohlausgebildete Formen, keine acute delirante Zustände, wie sie bei Fiebern vorkommen, und auch für die Influenza beobachtet sind (*Pick* u. A.). Wir haben allerdings in den Erschöpfungsstadien sowohl bei Kranken vorübergehende Erschwerung des psychischen Symptomenbildes gesehen, auch auf die Geistig-Gesunden (Angestellten) vorübergehende Depressions-Anwandlungen. Diese rechne ich aber hier nicht ein; sie fallen m. E. unter das Bild der allgemeinen nervösen Asthenie, wie diese die Nachstadien der Influenza so gewöhnlich kennzeichnet.

Bezüglich der Zeit der Entstehung der Psychosen haben wir drei Fälle beobachtet, welche in das Fieberstadium fielen, oder eigentlich nur zwei: einen, der 2 Tage nach Beginn der Influenza auftrat, und einen nach 3—4tägigem Bestand der Influenza; der dritte setzte erst im Stadium des Fieberabfalls mit der Psychose ein. Die übrigen 6 Fälle repartiren auf die Zeit des Schwäche-Nachstadiums, 8—14 Tage nach Aufhören des Fiebers.

Bezüglich der Frage über die ätiologische Bewerthung der Influenza ist hervorzuheben, dass sämmtliche 9 Fälle theils erblich belastet, theils individuell disponirt waren. Zwei betrafen sehr ausgesprochene hysterische Neuropathieen mit vorausgegangenen convulsiven Zuständen. Verf. würde demnach in keinem unserer Fälle der Influenza die alleinige Entstehungsursache für die Psychose beizumessen wagen, um so weniger, als die betr. Psychosen klinisch in keinerlei Weise eine specifische Sonderung zeigten, insofern sie sich nicht von denen aus anderen Ursachen unterschieden. Auch das Fieber konnte in unseren Fällen nicht wohl als nächste oder gar zureichende Schädlichkeit beigezogen werden. Es ist die Frage naheliegend, ob die betr. (disponirten) Persönlichkeiten nicht doch später geisteskrank geworden wären, und ob nicht die Influenza den Eintritt dieses Verhängnisses beschleunigte, dessen Termin vorrückte? Giebt man dies zu, so räumt man der Influenza wenigstens ein accidentelles Moment für die Psychosenentstehung ein, und diese Stellung darf — nach meiner Auffassung — die Influenza beanspruchen.

Sieht man nun weiter unsere Casuistik speciell auf die Frage der näheren Beziehung des Influenza-Processes zu den klinischen oder somatischen Verhältnissen der Einzelfälle an, so ist ein zweifaches bemerkenswerth: 1) in sämmtlichen Erkrankungen waren — mit Ausnahme von 1, die bereits das Climacterium hinter sich hatte — von jeher starke Menstruations-Anomalieen (wiederholt mit nervösen Begleitsymptomen) vorhanden gewesen: und 2) in 4 Fällen zeigte sich die „Menstrualwelle" so stark ausgeprägt, dass der ganze Verlauf der Psychose (d. h. die Perioden von Erregung und Abspannung, oder von Stupor und freieren Zeiten) durch die Wellencurve bedingt war, d. h. genau nach der letzteren sich gliederte. (Redner zeigt die bezüglichen graphischen Curvenbilder vor.) In einem Fall (No. 2 der gezeigten Bilder) fallen sogar bestimmte freie Tage, mitten aus dem Stupor heraus, mit den Cäsuren der Curvenlinie zeitlich und regelmässig zusammen. Noch bemerkenswerther ist eine weitere Beziehung. Wie die Curvenbilder nachweisen, traf die sämmtlichen 4 Fällen der Beginn der Influenza gerade mit dem Eintritt der Menstruation zusammen; die Psychose ihrerseits aber setzte theils zur gleichen Zeit (also gleichfalls während der Menses), oder aber — wenn später — mit den Intermenstrual-Abschnitten, speciell mit der Intermenstrualwende, zusammen. Es erhellt aus diesem Zusammenhang wiederum, wie dies auch kürzlich von hier nachgewiesen wurde, dass der weibliche Organismus zur Zeit dieser menstrualen Abschnitte besonders empfindlich, und bei schädigenden äusseren Einflüssen besonders geneigt zu psychopathischer Reaction ist. Die Chance für letztere, resp. zur psychischen Erkrankung erwies sich demnach um so grösser, je näher der Influenza-Beginn, oder das Fieber-Maximum, oder endlich der Höhepunkt des Erschöpfungs-Nachstadiums mit den jeweiligen kritischen Epochen der Menstrualwellen zusammentraf. Mein hiesiger College, Dr. *Fischer*, wird die einschlägigen Beobachtungen und Curvenbilder demnächst zum Gegenstand einer eingehenden Veröffentlichung machen.

Kreuser hat beobachtet, dass die Influenza verschlimmernd auf Psychosen einwirkt. Kranke, die bereits genesen waren, bekamen in Folge der Influenza ein Recidiv ihrer Erkrankung.

Emminghaus fragt *Kirn*, ob pathologisch-anatomische Befunde vorlägen.

Kirn verneint dies.

Fürstner hält es für schwer, den Begriff der Influenzapsychosen festzusetzen. Viele Fälle sind als Influenzapsychosen aufgefasst, die es thatsächlich nicht sind. Die Fieberdelirien bei der Influenza sind nicht hineinzuziehen; sie unterscheiden sich in Nichts von andern Fieberdelirien. Wie bei den Puerperalpsychosen hat man zwischen früh und spät auftretenden Erkrankungen zu unterscheiden. Die Influenza wirkt wesentlich als schwächendes Moment. Ueberwiegend sind Frauen erkrankt und zwar besonders solche, die schon anderweitig geschwächt waren. Der Form nach

Digitized by Google

finden sich am zahlreichsten Melancholien, und zwar zeichnen sich diese durch schweren, protrahirten Verlauf aus. Würde es sich um ein Toxin handeln, dann würden häufiger schwere Fälle von acuter Demenz beobachtet sein.

Anscheinend handelt es sich um Stoffe, die für die Nerven, aber nicht für das Hirn deletär sind. Die Influenza hat keine specifischen Psychosen verursacht.

Emminghaus ist der Ansicht, dass dem Fieber bei der Influenza keine entscheidende Bedeutung beizumessen ist. Er hat ebenfalls keinen Fall von acuter Demenz nach der Influenza beobachtet.

Fischer-Pforzheim weist auf die vasomotorischen Störungen im Anschluss an die Influenza auftretend hin.

Karrer beobachtete unter 64 männlichen Aufnahmen 2, und unter 69 weiblichen 4 Kranke, bei welchen nach Influenza die geistige Störung auftrat. 1 männlicher und 3 weibliche Kranke waren erblich belastet. Die Psychosen selbst zeigten keinen eigenartigen Charakter. Er pflichtet der von *Fürstner* geäusserten Ansicht bei, dass die Influenza in gleicher Weise die Veranlassung zum Ausbruch einer Geisteskrankheit geben kann wie die andern Infectionskrankheiten.

Stark hatte unter 1250 Geisteskranken 160 Fälle von Influenza. Er fand die bestehende Psychose nicht beeinflusst und sah auch bei der Influenza seine Beobachtung bestätigt, dass Geisteskranke trotz hohen Fiebers nicht deliriren.

Emminghaus konnte ebenfalls eine Beeinflussung der Psychose durch die Influenza nicht nachweisen.

Kreuser sah die ruhigen Kranken verhältnissmässig zahlreicher erkrankt wie die unruhigen.

Fürstner weist darauf hin, dass eine Heilung der Psychosen, wie bei andern acuten Erkrankungen hin und wieder beobachtet ist, für die Influenza nicht zutrifft. Im Gegentheil, die Influenza wirkt recidivirend.

Stark bestätigt für Stephansfeld die Beobachtung, dass zuerst die Gesunden erkrankten, die Kranken der Tobabtheilungen am wenigsten betheiligt waren.

Dr. *Kuhnen*-Pfullingen: Ueber einen Fall von psychischer Ansteckung mit Ausgang in völlige Genesung. (Dieser Vortrag wird ausführlich in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ veröffentlicht.)

Es handelt sich um eine 17jährige Wärterin der Heilanstalt Pfullingen, die keine besonderen Krankheiten oder Verletzungen überstanden hatte und bei ihrem Diensteintritt körperlich sehr gut entwickelt und geistig gewöhnlich veranlagt war. Sie zeigte sich anstellig und zuverlässig, dabei schüchtern, sehr empfindsam, ohne erhebliches Selbstvertrauen, doch recht begierig zu lernen und sich nützlich zu machen. Ihr scheues,

furchtsames Wesen erklärt sich durch die düsteren Eindrücke, die sie in ihrer Kindheit zu Hause empfing. Die Mutter führte nämlich einen jämmerlichen, höchst unsoliden Lebenswandel — sonst ist bezüglich Heredität Nichts nachzuweisen — kümmerte sich kaum um ihr Kind und hielt es, als es grösser wurde und ihr im Wege stand, im Speicher oder einem sonst abgelegenen Raum. Die Grossmutter nahm sich desselben an und zog es nach ihren primitiven Anschauungen gross.

Diese Wärterin musste um eine Hystero-Epileptische, die mit ziemlich intensiven Anfällen behaftet und in den anfallsfreien Zeiten maniakalisch exaltirt war, Tag und Nacht sein und erwies sich stets sichtlich ergriffen vom Anblick der Kranken. Gelegentlich einer kurzen Fahrt bekam die Kranke einen schweren Anfall auf dem Wagen. Die durch Wachen und Arbeit ermüdete Wärterin sass neben ihr und wusste sich kaum zu helfen. Tags darauf klagte die Wärterin über Kopfweh, Gliederschmerzen und konnte nicht arbeiten. Nachts verfiel sie in Krämpfe, die nicht durch Medicin zu coupiren waren und bis zu 5 Minuten andauerten. Dieselben wiederholten sich oft (bis zu viermal am Tage) und ähnelten sehr denen der Primärerkrankten. Nach den Anfällen war sie äusserst matt und wusste nicht, was um sie und mit ihr vorgegangen war. Zudem verfiel sie in einfache Melancholie. Nachdem der Arzneischatz ohne jeglichen Erfolg erschöpft war, wurde die erkrankte Wärterin einer rein psychischen Behandlung unterworfen, welche sich allerdings zum Verhüten des Ausbruches eines hystero-epileptischen Anfalles bis zur hypnotischen Suggestion ausdehnte. Die Wärterin wurde dadurch völlig geheilt, so dass sie zur Zeit die Stelle einer Krankenwärterin in einer chirurgischen Privatklinik mit Erfolg versieht. Der Vortragende bezeichnet die in Rede stehende Psychose nach *Jörger* als Functionspsychose und bejaht auf Grund seines Falles die von *Jörger* aufgeworfene Frage, ob emotiv inducirte Kranke auch gute Medien für die Hypnose sind.

Im Anschluss an den Vortrag erzählt *Schüle* aus seiner Praxis

1) Von einer intelligenten Frau, welche die eclatante maniakalische Phase ihres cyklisch erkrankten Mannes nie bemerkt, d. h. nie als anomal anerkennt, während sie die melancholische als solche jeweils richtig beurtheilt.

2) Von einer gleichfalls sehr gebildeten und urtheilsfähigen Frau, welche die handgreiflich verrückten Pläne ihres anstaltsreifen Mannes als „gesunde" ansah.

Redner möchte für diese (übrigens keineswegs nur vereinzelt dastehenden) Beobachtungen in gewissem Sinne die hypnotischen Erfahrungen als Erklärungsversuch beiziehen. Das tief gewurzelte Vertrauen und der feste Glaube an die geistige Superiorität des Mannes wirken gleichsam „einschläfernd" auf die kritische Thätigkeit der Umgebung, speciell der Frau ein, so zwar, dass die geistig anomalen Aeusserungen des Mannes einfach unbesehen und ungeprüft entgegengenommen werden, die falsche

Digitized by Google

Münze gleichwie die bisherige ächte — weil an die pure Möglichkeit einer falschen nicht geglaubt wird. Es ist eine Art Autosuggestion, aus Angewöhnung von den gesunden Tagen her.

II. Sitzung am 9. November Vormittags 9 Uhr unter dem Vorsitz von Prof. *Emminghaus*.

Dr. *Nissl*-Frankfurt a. M.: Ueber die Veränderungen der Ganglienzellen am Facialiskern des Kaninchens nach Ausreissung der Nerven.

Nissl theilt ein neues von ihm aufgefundenes Farbeverfahren mit, das gegenüber der früheren Methode *Nissl*'s wesentliche Vortheile zeigt. Die Vorbehandlung der Objecte bis nach Herstellung der Schnitte ist identisch mit dem alten *Nissl*'schen Verfahren. Man bedarf folgender Flüssigkeiten:

1) Eine 0,5 pCt. wässrige Lösung von Methylenblau. Letzterer Farbstoff, Methylenblaupatent B, wird bei Carl Buchner & Sohn, München, Fabrik pharmaceut. chem. Producte, bezogen.

2) Eine Mischung von Anilinöl 20,0 Alkohol 96 pCt. 200,0. Diese darf nicht allzu alt werden, jedenfalls nicht tief gelb.

3) Origanumöl.

4) Benzin.

5) Eine Lösung von käuflichem Colophonium in Benzin. Das Colophonium wird in kleine Stücke gebrochen und auf diese Benzin aufgegossen und solange offen stehen gelassen, bis über dem ungelösten Colophonium sich eine gelbliche Flüssigkeit von der Concentration leicht flüssigen Chloroformbalsams angesammelt hat, die nun zum Gebrauche dient.

Der Schnitt kommt vom Alkohol zuerst in die Methylenblaulösung und wird in einem Schälchen solange erhitzt, bis Blasen aufsteigen, die unter hörbarem Geräusche platzen — nicht länger. Hierauf kommt er nach dem Abkühlen in eine Schale mit Anilinölalkohol, wo er unter Umherschwanken solange verweilt, bis keine Farbwolken mehr weggehen. Es erfolgt in dieser Flüssigkeit eine für das blosse Auge schon wahrnehmbare Differenzirung. Sodann wird er auf den Objectträger verbracht, gut mit Filtrirpapier abgetrocknet und ein paar Tropfen Origanumöl darauf gegeben, die man rasch wieder ablaufen lässt, worauf eine zweite Abtrocknung mit Filtrirpapier erfolgt. Den Rest des noch vorhandenen Oels treibt man mit ein paar Tropfen Benzin aus und giebt sodann einen Tropfen der Colophoniumlösung auf den Schnitt, worauf der Objectträger durch eine Spiritusflamme gezogen wird, wobei das Benzincolophonium sich entzündet. Nun giebt man das Deckglas darauf und erhitzt solange vorsichtig, bis das Colophonium flüssig und das Deckglas allseitig unterspült wird.

Untersucht man mit dieser Methode die durch Ausreissung der Nerven vorbereiteten Facialiskerne, so kann man bereits nach 24 Stunden Veränderungen an den Zellen wahrnehmen. Diese bestehen darin, dass die Chromatinkörper der granulirten Zellen zunächst an einer kleinen Stelle

des Zellleibs zu zerfallen beginnen. Am 2. und 3. Tage schreitet dieser Zerfall weiter und dehnt sich bald über die ganze Zelle aus. Der Zerfall der Granula besteht darin, dass sich die Cohärenz der Chromatinkörper lockert, dass dieselben blässer werden und sich schliesslich in allerfeinste blasse Körnchen auflösen. Um den 3. Tag beginnt auch in den einzelnen Fortsätzen die Structur zu schwinden und zwar wird das die Streifung bildende Chromatin blasser und die Substanz zwischen den Streifen dunkler: in einzelnen Fällen haben die Fortsätze ein mehr homogenes Aussehen erhalten. Der 4. Tag bringt mit zunehmendem Zerfall der Granula zugleich eine Schwellung der ganzen Zelle mit sich; die Zelle wird kugeliger, die Fortsätze homogen; die Conturen erscheinen vielfach wie angefressen. Auch am Kern stellen sich leichte Veränderungen ein.

In den folgenden Tagen schreitet die Veränderung nach der geschilderten Richtung hin fort. Am 6. Tage ist neben bedeutender Schwellung und Abrundung der Zelle von der ehemaligen Protoplasmastructur nichts mehr zu sehen: der Zellleib erscheint wie bestäubt, es macht den Eindruck, als ob er von kleinsten Farbtheilchen überrieselt wäre. Die Fortsätze sind vielfach dem Auge nicht mehr sichtbar. Mit dem Fortschreiten der Veränderung ist eine Lageveränderung des Kernes verbunden. In der Mehrzahl der Zellen rückt nämlich der Kern an die Peripherie; stellt übrigens den noch am meisten intacten Theil der Zelle dar. Weiterhin rückt der Kern sogar über die Peripherie des Zellleibes hinaus, geht dann aber bald für das Auge verloren. Am 10. Tage finden sich schon viele gänzlich zerfallene Zellen, die sich als unregelmässige blasse und leicht gekörnte Massen ohne Kern und Fortsätze zeigen.

Uebrigens ist bemerkenswerth, dass durchaus nicht alle Zellen des Kernes gleichzeitig diesen Veränderungen anheimfallen, sondern der Eintritt derselben ist vielmehr schon vom ersten Tage an ein unregelmässiger, so dass sich z. B. am 10. Tage alle Stadien der Veränderung nebeneinander finden: noch fast intacte Zellen neben den vielen anscheinend gänzlich zerfallenen. Sicher ist, dass die Veränderung die lateralen Partien des dreigliedrigen Kernes zuerst befällt. Vom 12. Tage an beginnen die noch nicht gänzlich degenerirten gequollenen Zellen sich wieder zu verkleinern. Ungefähr am 18. Tage hat die Veränderung fast alle Zellen des Kernes betroffen.

Ueber die ausführlichen Details und die weiteren Schicksale der Zellen wird sich Vortragender, der nun die Präparate der Versammlung demonstrirt, in einer anderen Publication äussern.

4. Dr. *Kreuser*-Winnenthal: Ueber einen Fall von Porencephalie.

Der Fall ist von Interesse vorzugsweise durch einen anatomischen Befund, welcher den zur Porencephalie führenden pathologischen Process gleichzeitig in 3 verschiedenen Stadien seines Verlaufs vor Augen führt,

sowie durch die an die rechtsseitige Hemisphärenaffection sich anschliessende secundäre absteigende Degeneration im Thalamus opticus und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses. Da die Untersuchungen über die letztere noch nicht abgeschlossen sind, ist ausführlichere Mittheilung für später in Aussicht genommen.

5. Dr. *Landerer*-Illenau: Demonstration eines Gehirns mit congenitaler meningealer Cystenbildung.

Das Gehirn kommt von einem Kranken, der anfänglich die Symptome einer hypochondrischen Melancholie, später aber deutliche Zeichen eines Hirnleidens (Anfälle von Bewusstlosigkeit, tonische Krämpfe, dargeboten hat und an einer käsigen Pneumonie gestorben war. Bei der Section fand sich eine hühnereigrosse Cyste in der Pia, welche von der rechten Fossa Sylvii schräg nach vorn und unten sich erstreckte und eine Verlagerung der angrenzenden Hirntheile bewirkt hatte. Dieser selten vorkommende Befund ist scharf von den Fällen von Porencephalie zu trennen, da die fötale Cystenbildung in der Pia primär entstanden war, während porencephalische Processe primär die Gehirnsubstanz betreffen und secundär zu Hydrocephalus- und Cystenbildung in den weichen Hirnhäuten führen können. Auch die normale geistige Entwickelung und Veranlagung des Kranken spricht für die gemachte Annahme, da nach fötalen porencephalischen Processen Idiotie, Epilepsie, Lähmungen, Contracturen etc. vorzukommen pflegen.

In der Discussion machten *Emminghaus* und *Nissl* geltend, dass es sich um eine Hypoplasie der betreffenden Hirntheile handeln könne und die Cyste im leeren Raume entstanden sei.

Nachdem *Emminghaus* noch den Vorschlag gemacht hat, in Anbetracht des Semesteranfangs künftig die Versammlung auf Anfang November zu verlegen, erfolgt der Schluss der Sitzung.

71. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. März 1891.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Dalldorf, *Benno*-Karlsfeld, *Bothe*-Dalldorf, *Cramer*-Eberswalde, *Edel*-Charlottenburg, *Fraenkel*-Steglitz, *Jastrowitz*-Berlin, *Jolly*-Berlin, *Koenig*-Dalldorf, *Laehr* sen.-Zehlendorf, *Laehr* jun.-Schweizerhof, *Lehmann*-Sonnenstein, *Leppmann*-Berlin, *Lochner*-Thonberg, *Moeli*-Dalldorf, *Otto*-Dalldorf, *Richter*-Dalldorf, *Sander*-Dalldorf, *Ulrich*-Eberswalde, *Vogelgesang*-Dalldorf, *Waldschmidt*-Westend, *Weber*-Dalldorf, *Wendt*-Berlin, *Wulfert*-Berlin, *Zinn* sen.-Eberswalde, *Zinn* jun.-Eberswalde.

Herr *Laehr* sen. eröffnet die Sitzung und bringt Grüsse der Collegen *Ideler*-Wiesbaden, *Müller*-Blankenburg, *Schröter*-Eichberg, *Mendel* und *Klöpfel*-Berlin, *Knecht*-Uckermünde.

Digitized by Google

Dem dahingeschiedenen Collegen *Kelp*-Oldenburg widmet der Vorsitzende Worte der Erinnerung. Die Anwesenden erheben sich von ihren Sitzen.

Ferner macht derselbe auf die Besichtigung der jetzt nur noch kurze Zeit im Panopticum befindlichen Azteken aufmerksam.

Herr *Cramer*-Eberswalde: Ueber Kleinhirnatrophie.

Das Präparat stammt von einer im 48. Lebensjahre im Stat. epil. verstorbenen Epileptischen. Die Anfälle traten zum ersten Male im 14. Lebensjahre auf und begannen in der Regel mit Zuckungen im linken Facialis und den linken Extremitäten. Oefters blieben nach den Anfällen schlaffe Lähmungen in den betreffenden Extremitäten für kurze Zeit zurück. Coordinationsstörungen fehlten. Das linke Kleinhirn erschien schon mikroskopisch um ein Drittel kleiner als das rechte; das rechte Grosshirn war um ein geringeres kleiner als das linke. Die Rinde des linken Kleinhirns war in wechselndem Grade von Sklerose befallen, ohne dass indessen Ober- und Unterwurm davon ergriffen worden wäre. In den am stärksten sklerotischen Partien fehlten die Purkinje'schen Zellen vollständig und auch die Körnerschicht war beträchtlich gelichtet. An anderen Stellen waren dem Grade der Sklerose entsprechend Purkinje'sche Zellen in allen Stadien der Atrophie vorhanden. Hand in Hand mit der Atrophie der Purkinje'schen Zellen ging der Schwund der gröberen markhaltigen Fasern der Rinde und der Markstrahlung, während ein dichter Filz feinster Fasern überall wohl erhalten war. Dieser Befund erlaubte die gröberen markhaltigen Fasern mit den Purkinje'schen Zellen in Beziehung zu bringen. Auch im Mark des linken Kleinhirns waren die gröberen markhaltigen Fasern spärlich, und die feineren Fasern zu einem dichten Filz zusammengedrängt. Das linke Corp. dentatum war auf die Hälfte seines Umfanges reducirt, führt wenige, in allen Stadien der pigmentösen Atrophie sich befindenden Zellen und liess auch in seinem „Hilus" eine leichte Lichtung der Fasern erkennen. Der Bindearm der kranken Seite war ebenfalls um ein Drittel seines Umfanges reducirt, ebenso auch der gekreuzte rothe Kern der Haube, ferner fand sich eine ausgesprochene Atrophie im Pulvinar des gekreuzten Thalamus opticus. Bei dem Fehlen aller schwereren Störungen im Grosshirn, bei dem Fehlen jedweder entzündlichen Vorgänge in den von Atrophie befallenen Partien, darf dieser Befund als eine weitere Stütze für die zwischen Bindearm, gekreuztem rothen Kern der Haube und gekreuzter Pulvinar stattfindenden Beziehungen gelten. Auch der Brückenarm der kranken Seite und das gekreuzte Brückengrau zeigte eine deutlich ausgesprochene Atrophie. Ebenso war das linke Corp. restiforme schon mikroskopisch deutlich kleiner als das linke und erwies sich bei mikroskopischer Betrachtung als deutlich faserärmer. Dem entsprach eine deutliche Atrophie des gleichseitigen Seitenstranges und Seitenstrangkerns. Weiterhin waren in ihrem Faserreichthum bedeutend gelichtet die Fibrae

Digitized by Google

arcuatae externae ant. (Eding.) der kranken Seite, während die Fibrae arcuatae internae bald rechts bald links mehr geschwunden erschienen. Auch die Hinterstrangkerne waren beide beiderseits theilweise atrophisch. Am ausgesprochensten erschien die Atrophie im gekreuzten zarten Strangkern. Ausgesprochen atrophisch war ferner die gekreuzte grosse Olive und bedeutend verringert das aus dem atrophischen Strickkörper zur gekreuzten Olive ziehende Faserbündel. Bei den reinen Verhältnissen des Falles konnte dieser Befund als ein weiterer Beweis dafür angesehen werden, dass der Strickkörper mit dem Seitenstrang — und Seitenstrangkern der gleichen Seite, mit dem gleichseitigen und gekreuzten Hinterstrangkernen (Fibrae arcuatae externae, event. Olivenzwischenschicht Fibrae arcuatae internae, Kern des zarten Stranges) und mit der gekreuzten grossen Olive in Beziehungen tritt. Ausgesprochene Veränderungen in Schleife und Acusticus, die man mehr im Hinblick auf den Fall von *Moeli* hätte erwarten dürfen, liessen sich nicht nachweisen.

Klinisch interessant ist das Fehlen der Coordinationsstörungen, was auf das Intactbleiben des Mittellappens zu beziehen ist. Der Beginn der Sklerose ist im Hinblick auf den Beginn der epileptischen Anfälle im 14. Lebensjahre und die vollständig gleichmässig ausgebildete Schädelbasis in die Pubertät zu verlegen.

Herr *Moeli* zeigt im Anschlusse daran Präparate des erwähnten Falles noch hochgradigerer einseitiger Kleinhirnatrophie, über den er bereits eine kurze Mittheilung gemacht (Naturforscher-Versammlung 1889). Es war derselbe mit Abflachung der rechten Hinterhauptgrube und grossem Hydrocephalus verbunden. Letzterer Umstand, der zu erheblichem Schwunde am r. Scheitelhirn mit secundärer Degeneration der Pyramide geführt hatte, erlaubte nicht mit Bestimmtheit eine sehr deutliche Atrophie der grauen Massen in der l. Brücke auf die Atrophie der gegenüberliegenden Kleinhirnhemisphäre zu beziehen. Nach dem analogen Befunde des Herrn *Cramer* bei gleichzeitiger Unversehrtheit des Grosshirns wird man diesen Zusammenhang auch für die sehr erhebliche Atrophie der Brückenkerne in *Moeli*'s Falle annehmen dürfen. Die Atrophie ist auch im caudalen Brückentheile deutlich. Der Fall ist im Uebrigen in Bezug auf Atrophie der Kleinhirnverbindungen, des rothen Kerns, der Olive noch stärker ausgeprägt als der heute vorgetragene.

Es war ausserdem eine Abnahme der Fasern, welche den vorderen Acusticuskern durchsetzt, der Striae acust. und der Wurzelfaserung des Acust. deutlich. Ein Zusammenhang dieser Atrophie der letztgenannten Theile und der des Kleinhirns war jedoch nicht sicher zu erschliessen. Das Corpus trapezoides ist auf der befallenen Seite viel dünner.

Der gegenüberliegende untere Vierhügel leicht verkleinert, die Schleife geringer, besonders die auf dem oberen Kleinhirnschenkel aufliegende, in dichten Bündeln sich um den Querschnitt desselben herumschlagende Faserung lateral vom Velum medull. ant. der anderen Seite hochgradig geschwunden.

Dr. *Weber*-Dalldorf: Ueber Behandlung der Epilepsie mit Amylenhydrat.

Seitdem *v. Mering* 1887 das Amylenhydrat als Schlafmittel in die Pharmacopoe eingeführt hat, und weitere Beobachtungen bald darauf dasselbe den besten schlafbringenden Mitteln zur Seite gestellt haben, war es ja natürlich, dass sich an dies vielversprechende Präparat weitere therapeutische Hoffnungen knüpften.

So fühlte sich *Wildermuth* durch die narkotische Wirkung des Amylenhydrat veranlasst, dasselbe bei Epileptikern zu erproben, die vorzugsweise an nächtlichen Anfällen litten. Durch die Erfolge ermuthigt, wandte er dann das Amylenhydrat bei der Epilepsie überhaupt an und berichtete über seine Versuche im Neurolog. Centralblatt No. 15, 1889. *Wildermuth* spricht sich über das Amylenhydrat als Antiepilepticum günstig aus und hält die Anwendung desselben besonders indicirt

1) bei reiner Epilepsia nocturna,

2) bei gehäuften Anfällen,

3) bei Epileptikern, die wegen starken Bromismus das Brom aussetzen müssen.

Die Dosis betrug 2—6 g.

Jedoch erwähnt *Wildermuth* zugleich die üblen Nachwirkungen des Mittels bei längerem Gebrauch, die besonders in anhaltender Schlafsucht, Verdauungsstörungen und vollständiger Appetitlosigkeit bestehen. Ferner constatirt er, dass die antiepileptische Wirkung des Amylenhydrat bei mehrmonatlicher Verabreichung vollständig aufhört.

Auf *Wildermuth*'s Anregung hin sind mit Amylenhydrat weitere Beobachtungen bei Epileptikern angestellt worden. Die Mittheilungen darüber bilden schon eine kleine Literatur, so dass ich dieselben nur ganz kurz berichten kann.

Schon vor *Wildermuth* wurde auf der *Jolly*'schen Klinik in Strassburg das Amylenhydrat versucht, und die hypnotische Wirkung desselben auch bei Geisteskranken festgestellt, aber zugleich bemerkt, dass die Epilepsie durch Amylenhydrat ebensowenig beeinflusst worden sei wie durch Paraldehyd; nur die Schlaflosigkeit, nicht die Anfälle der Epileptiker wurden unterdrückt.

Gürtler-Königsberg will bei zwei Epileptikern dauernden Einfluss auf nächtliche Anfälle beobachtet haben.

Näcke-Hubertusburg berichtet über Amylenhydrat bei 12 Epileptikern, bei denen die Krankheit im Durchschnitt 10—15 Jahre bestand. Bei zehn Patienten nahmen die Anfälle erheblich ab. Diesen günstigen Einfluss des Amylenhydrat muss jedoch *Näcke* in einem Nachtrag widerrufen und bekennt den ungünstigen Effect des Amylenhydrats bei 35 Epileptikern. Wegen Zunahme der Anfälle und grosser Benommenheit der Kranken nimmt er Abstand von der Behandlung mit Amylenhydrat und kehrt zum Bromkali zurück.

Digitized by Google

Die Erfahrungen *Umpfenbach*'s (Therap. Monatshefte October 1890) über Amylenhydrat lauten etwas weniger ungünstig. Unter 7 Epileptikern blieben 2 ohne Anfall für die Dauer der Medication, bei einem dritten wirkte Amylenhydrat nur die erste Zeit, dann versagte es, und die übrigen 4 zeigten weder Abnahme, noch Zunahme der Anfälle. Dagegen bemerkt *Umpfenbach* ebenfalls die üble Nebenwirkung des Amylenhydrat bei allen Epileptikern, nämlich die grosse Schlafsucht, die nach dem Aussetzen des Mittels sich in das Gegentheil, in anhaltende Schlaflosigkeit umwandelte, und zu der sich noch häufig langdauernde Verwirrtheit hinzugesellte. Jedenfalls räth er zur Vorsicht bei weiteren Applicationen.

Ein von *Drews*-Altona sehr genau beschriebener Fall von Epilepsie, wo das Mittel einmal so recht seine Wirkung gegen gehäufte Anfälle hätte zeigen können, spricht leider ebenfalls vollständig zu Ungunsten des Amylenhydrat. Die Anfälle mehrten sich in ganz exorbitanter Weise. Das Amylenhydrat musste nach 7 Tagen ausgesetzt werden.

Dies die Literatur, die mir zugänglich war.

Um auch unsererseits über den wahren Werth des Amylenhydrat als Antiepilepticum Aufschluss zu erhalten, haben mein College *Bertram* und ich auf Anregung unseres verehrten Chefs Herrn Director Dr. *Moeli* auf der Abtheilung für Epileptiker zu Dalldorf ebenfalls Versuche mit Amylenhydrat angestellt. Dieselben begannen schon im Herbste 1889. Das uns zu Gebote stehende Material liess uns dieselben in grösserer Anzahl und mit geeigneter Auswahl ausführen. Die Ergebnisse theilen wir erst jetzt mit, wo die weitere Beobachtung aller Kranken genügende Sicherheit des Urtheils giebt.

College *Bertram* hat mir seine Beobachtungen und Aufzeichnungen freundlichst überlassen, und ich werde bestens dankend dieselben mit den meinigen gemeinsam besprechen.

Von vornherein will ich gleich bemerken, dass ein psychischer Einfluss auf die Kranken insofern nicht ausgeübt wurde, als Sorge getragen wurde, sie auf das neue Mittel wenigstens nicht hinzuweisen. Ein grosser Theil der Patienten war auch ziemlich gleichgültig und ohne lebhafteres Interesse an dem Wechsel der Medicin. Alle ausgesuchten Kranken hatten vorher Bromkali erhalten und zwar je nach der Anzahl und Schwere der Anfälle 4—10 g.

Amylenhydrat, Präparat von *Kahlbaum*, wurde in einer 10procentigen Lösung gegeben, aber wegen seines scharfen, brennenden, ätherischen, auf die Dauer Widerwillen erzeugenden Geschmacks ungern genommen. Die intelligenteren Kranken sträubten sich später entschieden, es weiter zu nehmen. Während im Anfang unserer Untersuchung höhere Dosen, 4 bis 8 g gereicht wurden, begann ich in einer zweiten Untersuchungsreihe mit kleineren Dosen, indem ich mit 2 g anfing und überhaupt über 6 g nicht hinausging. Ich hoffte dadurch die Nebenwirkungen des Amylenhydrat vermeiden und so das Mittel längere Zeit hindurch geben zu können.

Ich bemerke gleich hier, dass ein Unterschied zwischen der Verordnung von weniger hohen und allmählich steigenden Dosen einerseits und von starken, gleich im Beginn der Behandlung verordneten Dosen andererseits hinsichtlich der Wirkung auf die Krampfanfälle nicht hervorgetreten ist, wie auch schon *Näcke* von grösseren Gaben keinen besonderen Einfluss gesehen hat. Hingegen trat ein Unterschied naturgemäss zu Tage in den Nebenwirkungen, insofern das Allgemeinbefinden der Kranken sich bei den von Anfang an hohen Dosen eher verschlechterte.

Das Amylenhydrat wurde bei 70 Epileptikern versucht, bei 33 Männern und 37 Frauen. Kinder waren nicht darunter. Die jüngsten standen im 16., der älteste Patient im 51. Lebensjahre. Bei Allen bestand das Leiden viele Jahre. 70 pCt. waren seit ihrer Kindheit resp. Schulzeit epileptisch, 25 pCt. hatten die Epilepsie im Alter von 15—25 Jahren acquirirt, und bei den übrigen 5 pCt. konnte das Alter der Epilepsie nicht festgestellt werden. Der Geisteszustand war bei 99 pCt. mehr oder weniger in Folge des langen Bestehens der Epilepsie gestört; diese Kranken boten alle Uebergänge vom leichtesten Grade des Schwachsinns bis zu den schwereren Formen des Blödsinns dar.

In Bezug auf Heredität und Aetiologie des Leidens konnte bei Vielen die wünschenswerthe Auskunft nicht erlangt werden. Ich kann daher diesen wichtigen Punkt statistisch nicht so berücksichtigen, wie ich möchte. Kranke, bei welchen als wesentlichste Ursache der Epilepsie eine Verletzung anzunehmen war, wurden ausgeschlossen.

Bei der ferneren Auswahl der Kranken kamen weiter folgende Punkte in Betracht: Einmal wurde darauf geachtet, solche Patienten zu behandeln, bei welchen die Krampfanfälle regelmässig, jedenfalls ohne grössere Pausen, seit langer Zeit bestanden, so dass die Durchschnittszahl der Krampfanfälle im Monate eine möglichst gleiche war. Eine eventuelle Abnahme oder Zunahme unter dem Einfluss des Amylenhydrat konnte so deutlich zu Tage treten. Zweitens haben wir, um den *Wildermuth*'schen Indicationen entsprechen zu können, auch Epileptiker berücksichtigt, welche fast nur von nächtlichen Anfällen heimgesucht wurden und drittens einige Epileptiker, bei denen die Anfälle zu gewissen Zeiten sich häuften, z. B. bei den Frauen zur Zeit der Periode. Die meisten Kranken hatten neben den schweren epileptischen Krämpfen auch an Zuständen des Petit mal, an leichteren Schwindelanfällen zu leiden. Erscheinungen von Bromismus waren ebenfalls bei einer Anzahl derselben zu Tage getreten.

Bei der Prüfung des Gaumenreflexes, der ja nach starken Bromdosen erloschen sein soll, ist mir übrigens aufgefallen, dass derselbe bei einigen Kranken, die recht hohe Dosen von Bromkali resp. von Brommischung erhielten, gut erhalten war. Dagegen fand ich umgekehrt bei einigen Epileptikern, die überhaupt noch kein Brom erhalten hatten, den Gaumenreflex nicht vorhanden. Es scheint demnach das Fehlen dieses Reflexes doch nicht stets ein constanter Begleiter des Bromismus zu sein, bezw. zur

Prüfung als ganz sicherer Maassstab benutzt werden zu können. Doch dies nebenbei.

Zur besseren Uebersicht habe ich tabellarisch Vergleiche durch Zahlen angestellt, indem ich bei jedem Kranken die monatliche Anzahl der Anfälle aufgezeichnet habe. Die erste Rubrik umfasst die drei letzten Monate unter gleichzeitiger Bromkalitherapie; die nächstfolgende Rubrik 3, resp. 2 Monate oder noch kürzere Zeit unter der Wirkung des Amylenhydrat; die letzten 3 Monate bringen wieder den Einfluss des wie vorher verabreichten Bromkali hervor.

Die Versuche mit Amylenhydrat wurden nur in einem Falle über 3 Monate ausgedehnt; bei den meisten Kranken wurde das Mittel nach 2 Monaten, bei vielen schon früher wieder aufgegeben. Schon hieraus ersehen Sie, dass ein therapeutischer Effect in durchgreifender Art nicht erzielt wurde. In einzelnen Fällen musste eben, um jede Schädigung zu vermeiden, das Amylenhydrat sehr bald wieder ausgesetzt werden.

Einzelne Kranke nämlich vertrugen es nicht — auch nur für 8 Tage — trotzdem ich in der Dosis bis auf ein Gramm herunterging.

Der Grund derartigen frühen Aussetzens des Amylenhydrat bestand hauptsächlich in der grossen Abgeschlagenheit der betr. Patienten, abgesehen von anderen Störungen, über die ich später sprechen werde. Die unangenehmen Eigenschaften des Amylenhydrat traten bei einigen Kranken mehr, bei anderen weniger hervor. Die Häufigkeit ihres Auftretens zeigte uns im Laufe der weiteren Beobachtung, dass in dieser Hinsicht dem Amylenhydrat Nachtheile anhafteten.

Ich wende mich nun zur Wirkung des Amylenhydrat auf das Leiden selbst.

Ein Abnehmen und schliesslich völliges Verschwinden der Anfälle constatirten wir nur in einem einzigen Falle.

Es handelte sich um einen 47jährigen, geistig wenig geschädigten Mann. Derselbe litt schon seit 24 Jahren ohne bekannte Ursache an epileptischen Anfällen und hatte Bromkali in hohen Dosen regelmässig gebraucht; in den letzten Jahren traten die Krämpfe ohne längere Pause monatlich 6—9 mal auf. Der Kranke vertrug das Amylenhydrat ganz ausgezeichnet, hatte nicht die geringsten Beschwerden danach und nahm in Folge dessen das Mittel 7 volle Monate. Während in den ersten 4 Monaten die Zahl der meist schweren Anfälle noch die Durchschnittszahl 7 erreichte, verringerte sich dieselbe im 5. Monate auf 3. Dann blieben die Anfälle 2 volle Monate aus, und das Amylenhydrat wurde ausgesetzt. Nach wenigen Tagen traten innerhalb kurzer Zeit 6 Anfälle auf. Dieselben haben von da an auch ohne Erneuerung der Therapie und ohne jede andere Medication vollständig aufgehört, so dass nach einem weiteren halben Jahre Patient entlassen werden konnte.

Dieser Fall steht leider vereinzelt unter den 70 Kranken da.

Bei etwa 5 pCt. konnten wir wohl eine Abnahme der Anfälle consta-

tiren, aber nicht ein besseres Wohlbefinden der Patienten, vielmehr traten auch hier die übeln Nebenwirkungen störend der Weiterbehandlung entgegen.

Bei etwa 80 pCt. blieb die Anzahl der Krämpfe ungefähr die gleiche, wobei zu bemerken ist, dass hierunter eine Anzahl von Kranken sich befindet, welche nur für kurze Zeit mit Amylenhydrat behandelt wurden.

Bei 15 pCt. beobachteten wir eine deutliche, z. Th. rasche Zunahme, wobei dreimal eine schwere Häufung der Krämpfe bemerklich wurde. Einen günstigen Einfluss auf die Anfälle bei der Epilepsia nocturna sahen wir unter den betreffenden 4 Kranken nur bei einer Patientin, bei der die Zahl der Krämpfe um mehr als die Hälfte abnahm. Dieses Resultat hielt auch noch über einen Monat nach dem Aussetzen des Amylenhydrat an, da verfiel Pat., welche inzwischen wieder mit Bromkali behandelt war, in Status epilepticus und starb in demselben. Eine andere von den 4 fast ausschliesslich mit nächtlichen Anfällen Behafteten verfiel im 2. Monat der Amylenhydratbehandlung in den Status epilepticus, erholte sich aber wieder: seitdem sind die Anfälle unter fortgesetzter Bromkalitherapie an Zahl erheblich geringer. Die beiden anderen Fälle blieben in Häufigkeit der Anfälle ziemlich unbeeinflusst.

In Bezug auf die Behandlung gehäufter Anfälle hatten wir ausser dem eben erwähnten Status epilepticus noch zweimal Gelegenheit, das Amylenhydrat zu erproben. Bei der Unmöglichkeit, das Mittel per os zu geben, versuchten wir es als Clysma und subcutan. Beide Male konnten wir einen besonderen Einfluss auf Nachlass der Krämpfe nicht erblicken. Weder in der Heftigkeit noch in der Zahl der Krämpfe trat eine rasche und unmittelbare Abnahme nach der Verabfolgung des Amylenhydrat ein, so dass wir auf die gewöhnliche Behandlung, namentlich mit Analepticis, Ableitungen, event. Narcoticis zurückgriffen. Bei einer Frau, die zur Zeit der Menses trotz hoher Bromkalidosen gehäuften Anfällen und sehr lebhafter Verwirrtheit ausgesetzt war, traten die Anfälle, trotzdem eine deutliche Benommenheit den höheren Dosen von Amylenhydrat folgte, in unverminderter Zahl auf.

An dieser Stelle habe ich eines Umstandes zu gedenken, dem ich bei der bisherigen Eintheilung der Fälle keine Rechnung getragen habe. Beim Vergleiche der ersten Bromkaliperiode mit der zweiten, zwischen welchen also die Behandlung mit Amylenhydrat liegt, fällt uns bei 7 Kranken, also rund 10 pCt., eine ganz erhebliche Besserung auf. Bei einem Patienten verschwinden die Anfälle während der zweiten Bromperiode ganz, ein Fall, den ich besonders berichten möchte. Derselbe betrifft ein 32jähriges, geistig sehr geschwächtes Mädchen, welches 10 Wochen hindurch Amylenhydrat bekommen hatte, ohne dass ein wesentlicher Einfluss auf die Anfälle beobachtet werden konnte. Von einer 4tägigen heftigen Verwirrtheit an, die zur Isolirung geführt hatte, wurde Amylenhydrat ausgesetzt und wieder Bromkali gereicht. Von diesem Zeitpunkte an nahmen die Anfälle

Digitized by Google

rapid ab und verschwanden schliesslich, so dass Patientin nach 9 völlig anfallsfreien Monatan entlassen werden konnte. Gleichzeitig konnte eine ausserordentliche Hebung ihres geistigen Zustandes constatirt werden.

Bei 3 andern hierher gehörigen Kranken, sämmtlich seit Kindheit epileptisch, ist das Resultat der zweiten Bromperiode ein ebenfalls hervorragend günstiges gegenüber der früheren Brontherapie. Das Verhältniss der monatlichen Durchschnittszahl der Anfälle in beiden Bromperioden ist wie 5 resp. 6 : 1. Die Anfälle sind also bei diesen 3 Kranken für mehrere Monate mindestens um das fünffache geringer geworden. Bei den übrigen hierhergehörigen 3 Epileptikern unter den 10 pCt. Gebesserten ist der Erfolg der zweiten Bromkalibehandlung ein weniger bedeutender, aber immerhin sehr deutlicher.

Dass bei einer Patientin, nach dem während der Amylenhydratperiode auftretenden Status epilepticus in der darauffolgenden Bromperiode ebenfalls die Anfälle erheblich geringer geworden sind, habe ich schon erwähnt. Da eine derartige Erscheinung aber nach dem Status epilepticus kein seltenes Ereigniss ist, auch ohne jede Aenderung therapeutischer Maassnahmen oft eintritt, so erwähne ich diesen Umstand, um unrichtigen Schlüssen über den Zusammenhang der Besserung mit dem Amylenhydrat vorzubeugen.

Schliesslich bemerke ich, dass diese 7 Kranken mit erheblicher Besserung in der zweiten Bromkaliperiode eine einheitliche, bezw. übereinstimmende Beeinflussung ihrer Krämpfe während der Behandlung mit Amylenhydrat nicht erfahren, vielmehr z. Th mehr, z. Th. weniger Anfälle dargeboten hatten. Diesen 7 Patienten stehen jedoch 4 andere gegenüber, bei denen der Vergleich zwischen beiden Bromperioden zu Ungunsten der letzteren ausfällt. Jene 4 Kranken hatten bei der Erneuerung der Brontherapie eine deutliche Vermehrung der Anfälle aufzuweisen, welche nur in einem Fall das Doppelte der früheren Anzahl überstieg.

Sehen wir nun von obigen 5 pCt. bildenden gebesserten Kranken ab, so stellt sich für die übrigen Fälle der Erfolg des Amylenhydrat als ein negativer heraus. Weder auf die Krämpfe selbst, noch auf die Schwindelanfälle, noch auf die Erregungs- und Angstzustände und die den Anfällen so oft folgende Verwirrtheit konnte ein besonderer Einfluss dem neuen Mittel zugeschrieben werden. Noch weniger machte sich in irgend einer Weise eine Hebung des geistigen Lebens im Allgemeinen bei den Kranken durch das Amylenhydrat bemerkbar; im Gegentheil bei der durch das Amylenhydrat erzeugten, stets im Vordergrund des Bildes stehenden Benommenheit nahm auch selbstverständlich das Interesse an der Umgebung und die Lust zur Beschäftigung ab, die Erschwerung des Denkens zu.

Die Hauptwirkung des Amylenhydrat besteht in der Hervorrufung eines nächtlichen, mehrstündigen Schlafes, der sich auch bei allen Epileptikern einfand. Aber mit der längeren Darreichung desselben verbindet sich leicht ein auch am Tage bemerklich werdender Zustand von Schläfrig-

keit und Benommenheit Letztere Erscheinungen nahmen bei weiterer Fortreichung des Amylenhydrat schliesslich erheblich zu. Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, die schon *Cramer*[1]) methodisch nachgewiesen hat und Beschwerden aller Art traten weiterhin auf. Dieser Zustand verschwand vollständig z. Th. erst 3—4 Tage nach Aussetzen des Amylenhydrat. Wie bemerkt, waren es diese übeln, von den intelligenteren Kranken selbst unangenehm empfundenen Nebenwirkungen, welche uns zum Abbruche der Medication nach relativ kurzer Zeit in einer Anzahl von Fällen veranlassten, auch bei solchen Kranken, wo ein stärkeres Hervortreten der Krampfanfälle nicht bemerklich wurde.

Das Gesammtresultat war demnach ein wenig zufriedenstellendes. Das Amylenhydrat verdient den Namen eines Antiepilepticum nach unseren Erfahrungen nicht. Eine Uebereinstimmung mit den auf der *Jolly*'schen Klinik in Strassburg, ferner von *Näcke* und *Drews* gemachten Erfahrungen lässt sich daher nicht verkennen.

Bei körperlich schwachen und geistig tiefstehenden Epileptikern möchten wir von vornherein eine Behandlung mit Amylenhydrat widerrathen. Selbst kleine Dosen von 2 g werden von denselben meist schlecht vertragen. Nur bei unter Bromkalibehandlung an nächtlichen Anfällen Leidenden, bzw. bei erheblichem Bromismus lässt sich die Anwendung des Amylenhydrat versuchen. Die Veränderung, welche in den oben besprochenen 7 Fällen im günstigen Sinne eintrat, glauben wir nicht berechtigt zu sein, dem Amylenhydrat als solchem zuzuschreiben.

Zum Schluss fühle ich mich gedrungen, Herrn Director Dr. *Moeli* für die Anregung zu obiger Abhandlung und für das derselben gewidmete Interesse meinen ergebensten Dank auszusprechen. Mitte März 1891.

Discussion.

Herr *Jastrowitz*: So oft ich Amylenhydrat bei Epileptikern anwandte, bin ich zu dem gleichen negativen Resultate gelangt. Da man nach dem günstigen Referat des Herrn Vortragenden über die zweite Bromperiode zu der Meinung kommen könnte, dass Bromkali dann günstig wirke, wenn Amylenhydrattherapie vorausgegangen, so sei mir nur noch die Bemerkung gestattet, dass nach langjährigen Versuchen mit Bromkali, die ich in der Charité machte, auch bei diesen Hospitalfällen, im Gegensatz zu den Angaben der epileptischen Privatpatienten, die Erfolge recht geringe gewesen sind. Und die Epileptiker der Charité sind sehr genau während längerer Zeit Tag und Nacht beobachtet worden. Ich möchte den Herrn Vortragenden fragen, wie lange er während der zweiten günstigen Bromkali-Periode beobachtet hat.

[1]) *Cramer*, Untersuchungen über die Einwirkung einiger der gebräuchlichsten Schlafmittel auf den Verdauungsprocess. (Therapeut. Monatshefte. 1888, August.)

Herr *Jolly* führt an, dass die gleich Anfangs in seiner Klinik gemachte Beobachtung von der Wirkungslosigkeit des Amylenhydrats gegen Epilepsie sich auch weiterhin bestätigt habe. — Bezüglich der Brompräparate habe er etwas günstigere Erfahrungen als Herr *Jastrowitz*, indem bei den Kranken, welche Jahre lang in dieser Weise behandelt wurden, das Aussetzen des Mittels häufig eine Vermehrung der Anfälle zur Folge hatte. Dauernd günstige Erfolge seien allerdings ausserordentlich selten.

Herr *Weber*: Die Patienten sind noch monatelang beobachtet worden.

Herr *Jastrowitz*: Es sind sehr grosse Perioden der Beobachtung nöthig, wenn man ein Urtheil einigermaassen sicher gewinnen will. Auch bei Bromtherapie kommen, nachdem die Anfälle eine Zeit lang unterdrückt oder ausgeblieben sind, Zeiten vor, in denen sie wieder mit grösster Vehemenz hereinbrechen, wie wenn man gar kein Brom gegeben oder dasselbe ausgesetzt hätte.

Herr *Zinn* sen. hebt im Anschluss daran hervor, dass die eingehende ärztliche Beobachtung und Behandlung der Epilepsie gerade im gegenwärtigen Augenblicke besonders die Ueberzeugung festigen muss, dass im Interesse der Kranken die volle uneingeschränkte Thätigkeit des Arztes und die selbständige ärztliche Leitung der betreffenden Anstalten geboten ist.

Mit Bezug auf die von Herrn *Laehr* angeregte Frage nach Erfahrungen über die Wirksamkeit der Hypnose bemerkt

Herr *Ascher*: Bei mehreren Verrückten mit lebhaften Sinnestäuschungen habe ich die Hypnose anzuwenden gesucht; doch ist es mir nie gelungen, dieselbe hervorzurufen. Dagegen liess sich die Hypnose bei einer Hysterischen — in Bezug auf diese Krankheitsform ist die erfolgreiche Anwendung der Hypnose ja bekannt — leicht erreichen. Bei dieser traten zeitweise Angstzustände mit lebhaften Sinnestäuschungen auf; in solchen Zuständen wird die Patientin aggressiv gegen die Umgebung und ist zu Sachbeschädigungen geneigt. Patientin wird dann durch die Hypnose in Schlaf versetzt. Gewöhnlich erwacht sie dann erst nach mehreren Stunden, ohne in den früheren Angstzustand zurückzufallen. Diese Hypnose wurde durch Suggestion des Schlafes und leichten Druck auf die Bulbi hervorgerufen. Bei der erwähnten Hysterischen hat diese Behandlung seit ca. 2 Jahren statt und kommt fast regelmässig bei den beschriebenen Zuständen in Anwendung, die in Zwischenräumen von 1—2—3 Monaten aufzutreten pflegen.

Herr *Otto* wandte mit gutem Erfolg die Hypnose wiederholt an in einem Fall von Hysterie mit zeitweise auftretenden, meist tagelang dauernden Zuständen von ängstlicher Erregung, beständiger Unruhe und Selbstmordneigung. Dieser Zustand erforderte für gewöhnlich, da von einer Isolirung dabei abgesehen werden musste, eine directe beständige Aufmerksamkeit und Inanspruchnahme des Pflegepersonals und brachte auch die Kranke herunter. Die Hypnose, welche durch Suggestion leicht gelang, wurde

nun bei Beginn dieser geschilderten Zustände eingeleitet und die Kranke stundenlang darin gelassen: eventuell wurde dieses Verfahren mehrmals wiederholt, wenn die Kranke, wieder erwacht, noch Erregung zeigte. Eine derartige Anwendung der Hypnose dürfte unter Umständen von grosser praktischer Bedeutung sein.

Herr *Otto* bemerkt einer Frage Herrn *Cramer*'s gegenüber, dass die betreffende Hysterische Jahre lang beobachtet und wiederholt auch sonst hypnotisirt wurde, stets mit Erfolg, dass ferner hier wie in dem von Herrn *Ascher* erwähnten Fall auch bei Widerstreben der Kranken, welches manchmal vorhanden war, doch die Hypnose gelang und Grund zur Annahme von Täuschung nicht vorhanden war.

Schluss der Sitzung 5¼ Uhr.

M.

Digitized by Google

Literatur.

Kovalevsky, **Hygiène et traitement des maladies mentales et nerveuses. Traduit par Wladimir de Holstein. Paris 1890. 8. p. 272.**

Der bekannte Autor theilt uns hier ein im Verhältniss zur Grösse des Stoffes umfangreiches Werk mit, welches ausschliesslich der Hygiene und Therapie der Geistes- und Nervenkrankheiten gewidmet ist. Es beansprucht keineswegs originell zu sein, beabsichtigt vielmehr, da es nicht nur für Specialärzte, sondern für einen weiteren ärztlichen Leserkreis bestimmt ist, alles Bekannte in möglichst erschöpfender Weise wiederzugeben, wobei die umfängliche Literatur aller Culturländer thunlichste Berücksichtigung findet. Es fehlt aber auch keineswegs die Kritik, indem der Verf. überall die eigene reichhaltige Erfahrung zum endgültigen Urtheil heranzieht. Er bekennt sich als ein Anhänger der natürlichen Heilmittel, die er im Allgemeinen den Medicamenten im eigenen Wortsinn vorzieht.

Das inhaltreiche Werk ist in 12 Kapitel eingetheilt, auf deren kurze Inhaltsangabe ich mich hier beschränken muss.

Kap. 1. Die Ernährung bei Geistes- und Nervenkrankheiten muss kräftig sein und den physiologischen Gesetzen entsprechen. Gemischte Nahrung ist zu bevorzugen, zu viel Fleisch, namentlich bei sitzender Lebensweise, schädlich. Der Werth von Fleischpulver, Peptonen, Eier und Milch wird eingehend gewürdigt. Milch- und Traubencuren werden besonders hervorgehoben.

Kap. 2. Von Getränken wird in erster Linie frisches Wasser empfohlen. Gebrannte Wässer dürfen nur als Medicamente gereicht werden, sie sind bei allen degenerativen Neurosen und Psychosen geradezu contraindicirt. Wein kann als Reizmittel, Bier als Hypnoticum angewandt werden. Schwacher Kaffee und Thee sind zulässig, während vor dem Missbrauche des Tabaks ernstlich gewarnt wird.

Kap. 3. Die Kleider seien leicht und zugleich schlechte Wärmeleiter.

Kap. 4. Elektrotherapie. Verf. empfiehlt die Galvanisation von Gehirn und Rückenmark bei den verschiedenartigsten functionellen und

organischen Leiden und will durch dieselbe gute Resultate erzielt haben; er spricht auch der Galvanisation des Sympathicus und namentlich der allgemeinen Galvanisation das Wort. Die cerebrale und spinale Faradisation gebe nur zweifelhafte Resultate, während die periphere Application des unterbrochenen Stromes bei Lähmungen, Contracturen, Hyper- und Anästhesien günstig einzuwirken vermöge. Auch Psychosen mit Depression sollen häufig durch die Faradisation von Rumpf und Gliedern, welche die Gehirnernährung hebe, gebessert werden. Die allgemeine Faradisation wird bei Hysterie und Neurasthenie empfohlen, während dieselbe bei der Tabes keine Vorzüge vor der Galvanisation biete.

Kap. 5 fehlt!

Kap. 6. Die Hydrotherapie, welche eine sehr eingehende Würdigung findet, wird vom Verf. bei der Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten mit Recht hochgeschätzt. Er schreibt der therapeutischen Anwendung des Wassers eine physiologische, physische und chemische Wirkung zu. Kurze kalte Bäder beleben und erfrischen, laue und warme Bäder von längerer Dauer schwächen, ermüden und erzeugen Somnolenz vermöge der Reflexaction auf die Gehirngefässe. Zugleich vermindert das warme Bad die Erregbarkeit der peripheren sensiblen Nerven und dadurch die Erregung der Gehirncentren. *K.* empfiehlt warme Bäder bei Melancholie und Stupor, Bäder von 25° R. und 15—30 Minuten Dauer bei den verschiedenartigsten Erregungszuständen täglich 1—2 mal, kurze kalte Duschen über den ganzen Körper, gefolgt von energischer Friction bei secundärer Demenz, bei Melancholie, bei primärer Verrücktheit — unter Umständen in Verbindung mit dem galvanischen Strome.

Kap. 7 behandelt die See- und Bergluft etc.

Kap. 8. Kinesitherapie — Massage, Gymnastik, Bewegung im Freien, verschiedenartige Muskelübungen. Die allgemeine Massage befördert den ganzen Stoffwechsel und bessert dadurch das Allgemeinbefinden, vermehrt Schlaf und Esslust und belebt die geistigen Functionen; sie empfiehlt sich namentlich bei hysterischen, hypochondrischen und neurasthenischen Psychosen. Die örtliche Massage erweist sich bei Neuralgien, Hyperästhesien und Paralysen nützlich. Die deutsche (einfache), sowie die schwedische (Widerstands-) Gymnastik entsprechen bestimmten Indicationen.

Kap. 9. Medicamentöse Behandlung. Hier wird der ganz medicamentöse Heilapparat erörtert. Verf. hält viel von der Anwendung von Vesicantien, denen er einen reflectorisch wirkenden günstigen Einfluss bei mancherlei psychopathischen Zuständen zuschreibt, so bei Manie, bei maniakalischer Erregung der allgemeinen Paralyse, bei Präcordialangst, endlich in lange fortgesetzter Anwendung bei secundärer Demenz. Während *K.* in sehr eingehender Weise die medicamentösen Heilindicationen aufstellt, verwirft er durchaus die Anwendung der Opiaceen bei Psychosen, welche seiner Ansicht nach direct das Nervensystem schädigen sollen; er empfiehlt

Digitized by Google

dagegen Cocain und Sulfonal. Er schreibt, auf Grund umfassender eigener Erfahrungen, der Anwendung der Bromsalze im Gebiete der Neurosen und Psychosen eine sehr grosse Wirksamkeit zu.

Kap. 10. Die psychische Behandlung wird nach den verschiedensten Richtungen hin auf das Eingehendste erörtert, wobei sehr vernünftige Anschauungen zum Ausdruck kommen.

Kap. 11. Behandlung der Kranken in den Anstalten. Hier wird die möglichst frühzeitige Aufnahme der psychisch Gestörten in die Anstalt im Interesse der Heilung und zum Schutze der Gesellschaft auf das Dringendste empfohlen.

Die Bedeutung der geschlossenen Anstalten, der Irren-Colonien, sowie der familialen Pflege wird gründlich erörtert.

Kap. 12. Das grosse Schlusskapitel ist der Behandlung der Epilepsie gewidmet. Mit Recht wird der Regelung der Diät bei den Epileptischen eine grosse Wichtigkeit beigelegt. Die Ernährung derselben soll nach des Verf. Erfahrung am besten hauptsächlich aus Milch und Vegetabilien bestehen; alkoholische Getränke, Kaffee und Tabak seien vollkommen auszuschliessen. Bei einem ruhigen geregelten Leben sei eine der Individualität angepasste, nicht allzu ermüdende körperliche Beschäftigung anzustreben. Die hier mitgetheilte medicamentöse Therapie ist die bekannte, wobei es nur auffällt, dass Verf. mit relativ niedrigen Dosen von Bromsalzen, wie er berichtet, sehr günstige Heilresultate erzielt hat.

Indem ich mich auf dieses kurze Referat der ursprünglich russisch geschriebenen Arbeit, welche mir in einer guten französischen Uebersetzung vorliegt, beschränken muss, kann ich dieselbe allen Aerzten empfehlen, welche sich in eingehender Weise über die Hygiene und Behandlung der Nerven- und Geisteskrankheiten belehren lassen wollen. *Kirn.*

Dr. ***Th. Ziehen,*** **Leitfaden der physiologischen Psychologie in 14 Vorlesungen. Jena. 1891. 176 S. 4 M.**

Mit Vergnügen mache ich auf ein Buch aufmerksam, das der Jenenser Klinik seine Entstehung verdankt und ein ebenso schönes Zeugniss für den Muth des Docenten wie für den Fleiss und den Wissensdrang der Studirenden ablegt.

Das Studium der Psychologie erfreut sich zur Zeit kaum eines besonderen Wohlwollens, und im Allgemeinen wiegt wohl die Empfindung vor, als ob von Seiten der Mediciner keine Neigung bestehe, über das Maass des allernothwendigsten hinauszugehen oder sich gar mit philosophischen Studien zu befassen. Ist doch die Klage nur zu begründet, dass die allgemeine Bildung hinter der Masse der Specialstudien zurücktreten müsse und der sehr gelehrte Cand. med. zu einer Vertiefung in sein Fach keine Zeit, aber auch keine Lust habe.

Wenn es daher *Ziehen* gelungen ist, das schlummernde Interesse für Psychologie zu wecken, so wollen wir dies als ein Vorzeichen besserer Zeiten begrüssen, um so mehr, als die Art, in der er seine Aufgabe aufgefasst hat, ebenfalls unsere Zustimmung verdient.

Seine Darstellungsweise ist klar und wohl geeignet, in die Lehre von den psychologischen Erscheinungen einzuführen, und wenn sich hier und da über seine Ausführungen streiten lässt, so habe ich wenigstens gegen seine Anschauungsweise — die Associationspsychologie der Engländer — nichts einzuwenden. Angenehm berührt seine Vorsicht gegen anatomische Hypothesen, die sich in der Psychiatrie gar zu breit machen. Wenn er aber an einer Stelle einräumt, dass wir über die Unterlage der psychischen Processe im Hirne so gut wie gar nichts wüssten, und kurz nachher von Erinnerungszellen u. dergl. redet, so zeigt dies, wie tief uns diese hypothetische Art des Denkens im Blute sitzt, und wie schwer es ist, sich davon frei zu machen.

Wer sich für den Gegenstand interessirt, wird das Buch gerne zur Hand nehmen, um so mehr, als *Ziehen* der Psychiatrie überall durch eine Berücksichtigung psychischer Vorgänge bei Geisteskranken besondere Rechnung getragen hat.

Ist auch der „Nutzen" nur gering, den unser Fach aus dem Studium der Psychologie schöpfen wird, ein Schicksal, dass sie mit der Gehirnanatomie und anderen Hülfswissenschaften zu theilen hat, so ist sie doch weit mehr als jene geeignet, der Psychiatrie weitere Gesichtspunkte zu eröffnen, die ich ungern vermissen möchte. *Pelman.*

Der Hypnotismus, seine psychophysiologische, medicinische, strafrechtliche Bedeutung und seine Handhabung. Von Dr. *August Forel*. 2. Aufl. Stuttgart, Enke, 1891. gr. 8°. 172 S.

Das bekannte und vielgelesene Buch hat sich mit der vorliegenden zweiten Auflage sehr zu seinem Vortheil verändert. Es ist nicht nur bedeutend erweitert, sondern auch erheblich verbessert worden. Der Standpunkt Prof. *Forel's* ist der alte geblieben: der des Suggestionismus. Daher ist der Haupttheil des Werkchens der Beschreibung der Suggestion in allen ihren Formen gewidmet. Daneben finden sich nun Erörterungen über die psychologische Bedeutung der Suggestion, die in einer sehr interessanten anatomisch-physiologischen Untersuchung über die materiellen Grundlagen des Bewusstseins gipfeln. Therapeutisch hält der Verf. sehr viel von der Hypnose, deren Technik er ja in meisterhafter Weise handhabt, ausgenommen freilich die Geisteskrankheiten, gegenüber welchen die psychische Beeinflussung sich bisher ziemlich machtlos erwiesen hat. Und hieran schliesst

Digitized by Google

er einige für die ärztliche Praxis wichtige Bemerkungen über Medicin und Curpfuscherei. Strafrechtlich kommt Herr *Forel* zu dem Schluss, „dass alle erdenklichen Verbrechen bei Hypnotisirten auszuführen sind, sobald ein etwas höherer Grad von Hypnose erzielt wird". — Das Buch sei nachdrücklichst empfohlen, obgleich nicht verschwiegen werden darf, dass hier und da der Darstellung die letzte Feilung zu fehlen scheint.

Max Dessoir.

Dr. *A. Delbrück*, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Eine Untersuchung über den allmählichen Uebergang eines normalen psychologischen Vorganges in ein pathologisches Symptom. Für Aerzte u. Juristen. Stuttgart 1891. 131 S.

Delbrück schneidet hier ein Gebiet an, dessen Bearbeitung meines Erachtens sehr wünschenswerth, zur Zeit aber auch recht schwierig ist. Es ist dies das Grenzgebiet zwischen Geisteskrankheit und Gesundheit, oder noch enger gefasst zwischen Irresein und Verbrechen, wo die Meinungen der Rechtsgelehrten und der Naturforscher noch weit auseinander gehen, so dringend auch gerade hier ihre Uebereinstimmung geboten wäre.

Mögen wir über *Lombroso* urtheilen wie wir wollen, wir alle stehen trotzdem mehr oder weniger unter seinem Einflusse, und zwar um so mehr, je eingehender wir uns mit dem Verbrechen und seinen Eigenthümlichkeiten befassen. Der Wucht der Thatsachen gegenüber können wir die alte Anschauungsweise nicht mehr aufrechterhalten, mit der neuen naturwissenschaftlichen Auffassung aber sind die theoretischen Begriffe von Willensfreiheit und der daraus abgeleiteten Zurechnungsfähigkeit nicht mehr vereinbar, und wir gerathen immer mehr und mehr mit den Anforderungen der Rechtspflege und den Bedürfnissen des Richters in Widerspruch.

Das Gefühl der Unsicherheit und des Unbehagens, das sich hieraus ergiebt, wird Niemandem erspart, der in der Lage ist vor Gericht ein Gutachten über zweifelhafte Gemüthszustände abgeben zu müssen, und ebenso lebhaft wird sich der Wunsch geltend machen, dass es endlich anders und besser werde.

Nach welcher Seite hin sich die Wage senken wird, kann uns, die wir von der Wahrheit unserer Anschauungsweise überzeugt sind, nicht zweifelhaft sein, erheben sich doch auch innerhalb der juristischen Kreise Stimmen genug, welche die Unhaltbarkeit der jetzigen Zustände betonen und nach Abhülfe verlangen.

Vorläufig aber besteht ein Gegensatz, das ist nicht zu leugnen, und oft genug erinnert der Eifer, womit Richter und Arzt über die Verant-

wortlichkeit eines Angeschuldigten streiten, an jene Darstellungen des jüngsten Gerichtes, wo der armen Seele nur die Wahl gelassen ist, ob sie sich vom Engel die Arme oder vom Teufel die Beine ausreissen lassen soll. Vielfach ist dieser Eifer von unserer Seite, wenn auch gutgemeint, doch ein missverstandener, und auch *Delbrück* ist von diesem Missverständnisse nicht ganz freizusprechen.

Wenn er nämlich bei der Besprechung eines Falles (pag. 107) zu dem Schlusse kommt, „dass ein principieller Unterschied für die verschiedenen Benennungen des Zustandes (ob Krankheit oder schlimmer Charakterfehler) nicht bestehe", so ist dies doch nur so lange richtig, als ich mich auf die wissenschaftliche Seite der Beurtheilung beschränke. Begebe ich mich dagegen auf das practische Gebiet der Rechtspflege, so ist der Unterschied keineswegs so ganz gleichgültig, wenigstens nicht für den zu Beurtheilenden, dessen Verurtheilung oder Freisprechung er in sich schliesst.

Noch bestraft das Gesetz gewisse Mängel des Willens und der moralischen Eigenschaften als Verbrechen, und wenn wir hiermit vielleicht nicht einverstanden sind, so haben wir trotzdem dieser Thatsache Rechnung zu tragen, so lange sie zu Recht besteht. Dass es dabei nicht ohne allerhand Zugeständnisse abgeht, versteht sich von selbst, und manches Gutachten muss sich wenden und drehen einer Theorie zu Liebe, für deren Berechtigung wir kein rechtes Verständniss mehr haben.

Delbrück will dies an bestimmten Fällen beweisen, und er wählte sich das krankhafte Symptom der Lüge. Die angeführten Beispiele sind ebenso gut ausgewählt wie wiedergegeben, auch fehlt es dem Verfasser in seinen Erläuterungen nicht an Scharfsinn und Geschick, und wenn wir trotzdem mit ihm nicht stets derselben Meinung sind, so liegt dies sicherlich an der Schwierigkeit des Gegenstandes selbst.

Die Neigung zur Lüge ist dem Menschen gewissermaassen angeboren, zum mindesten besteht beim Kinde keine Neigung, die Wahrheit zu sagen, deren Verständniss ihm vielmehr mit Mühe beigebracht werden muss. Auch später giebt es der Gründe, die uns veranlassen, die Wahrheit zu verschweigen, so unzählbar viele, dass die Lüge in unserem Leben eine grosse und so zu sagen gesicherte Stellung einnimmt. Ich erinnere nur an die Nothlüge, über deren ethische Berechtigung die Sachverständigen streiten. Noch jüngst las ich das Selbstbekenntniss eines Arztes, der gestand, dass er ohne Nothlüge keinen Augenblick länger Arzt sein möge.

Wenn mir das bewusste Uebertreten der Wahrheit keine unangenehme Empfindung mehr verursacht, was bei einiger Uebung im Lügen bald der Fall sein wird, dann kann sich der Unterschied zwischen Wahrheit und Lüge wieder so verwischen, dass ich selber nicht mehr weiss, was von beiden ich rede, dass es mir aber auch ganz gleichgültig ist.

Das Reden geschieht hier mehr oder weniger unbewusst, ohne Ueberlegung und ohne Erinnerung, ganz wie bei jenen Leuten, die einem alles versprechen und nie etwas halten, nicht etwa weil sie nicht wollen, son-

Digitized by Google

dern weil sie es vergessen, oder vielmehr, weil sie es auch nicht einen Augenblick lang behalten haben.

Hier nun einen Grenzpfahl aufzustellen und zu bestimmen, bis hierher ist das Lügen noch normal, von hier ab aber pathologisch, diesseits lügt er andere, jenseits auch sich selber an, darin liegt stets eine gewisse Willkür, und eine Entscheidung wird sich aus der Sache selber nie mit Gewissheit gewinnen lassen.

Das Bewusstsein, eine Unwahrheit zu sagen, hier heranzuziehen, ist auch eine eigene Sache. Das Bewusstsein ist stets ein höchst subjectiver Vorgang, und ob Jemand Bewusstsein von etwas hat oder nicht, das kann ich wohl voraussetzen und vermuthen, aber wissen kann ich es nicht.

Ganz unzweifelhaft giebt es einen krankhaften Hang zum Lügen, und wir können von einer pathologischen Lüge sprechen, insofern als eine Reihe von krankhaften Geisteszuständen unsere Befähigung beeinträchtigen oder aufheben, zwischen Wahrheit und Lüge zu unterscheiden.

Aber dann müsste es meiner Meinung nach auch möglich sein, diese krankhaften Zustände nachzuweisen, unabhängig von der verkehrten oder strafbaren Handlung, deren sich das Individuum zufällig schuldig macht.

Lediglich aus dem Umfange der Lüge oder aus der Masse der Schwindelei einen Schluss auf das Gesund- oder Kranksein des Schwindlers zu machen, scheint mir nicht unbedenklich, und ich kann mich des Eindruckes nicht erwehren, als ob hierin mitunter von unserer Seite des Guten zu viel geschehe, und manches noch in das Gebiet der Krankheit hineingezogen würde, was wir besser draussen liessen.

Als ein Vertheidiger einem englischen Richter gegenüber auf Kleptomanie plädirte, erwiderte der Richter, grade um diese Krankheit zu curiren, hat man mich hierhergeschickt, und der Mann hatte Recht.

Diese Erwägungen dürfen uns jedoch nicht daran hindern, mit *Delbrück* in der von ihm beschriebenen eigenthümlichen Art von Lüge das Symptom einer geistigen Störung zu sehen, wofür er seiner Wichtigkeit halber die Bezeichnung Pseudologia phantastica vorschlägt, was ich mit „Fabuliren" verdeutschen möchte, einem gut Goethe'schen Worte, und nach Goethe's eigenem Geständnisse auch der Sache entsprechend.

Diese „Lust zu fabuliren" finden wir u. a. bei den Hysterischen besonders ausgesprochen, sie entwickelt sich unter dem Einflusse von Alkohol und beim Morfinismus, und kann nicht nur bei Gesunden als „Jägerlatein", sondern auch bei jeder beliebigen Form von Geistesstörung vorkommen, wo man sie je nachdem als Wahnidee, retroactive Hallucination, Erinnerungstäuschung oder einfache Lüge aufgefasst und beschrieben hat.

Das ist ungefähr der Gedankengang der *Delbrück*'schen Arbeit, die sich übrigens in ihrem Haupttheile, der ausführlichen Darstellung der Fälle, einer Wiedergabe entzieht. Immerhin aber hoffe ich, meine Absicht erreicht zu haben, die darin bestand, auf die Wichtigkeit derartiger Unter-

suchungen im Allgemeinen und auf das Anregende insbesondere aufmerksam zu machen, das die vorliegende Arbeit des Züricher Privatdocenten bietet. *Pelman.*

Statistique Historique du Grand-Duché de Luxembourg. Hospice central d'Ettelbrück Assistance des infirmes indigents. Régime hospitalier et légal des aliénés 1815—1890 par le Dr. *A. Buffet*, Médecin-Directeur de l'hospice central. 15. Novembre 1889, Luxembourg, imprimerie de la cour. V. Bück, Leon. Bück succ.

Dieses vor etwas über Jahresfrist erschienene, 141 Quartseiten umfassende, mit 2 Photographien, mehreren Plänen und verschiedentlichen Tabellen ausgestattete Schriftchen ist wohl geeignet, auch das Interesse des deutschen Irrenarztes in Anspruch zu nehmen. — Es ist in demselben die eigenthümliche Verquickung der Luxemburger Irrenpflege mit allen möglichen Zweigen der öffentlichen Fürsorge, die Missstände einer solchen Vermengung, wie sie übrigens bei uns an verschiedenen Orten noch vor ca. 15 Jahren, z. B. im Landarmenhause zu Trier in ähnlicher Weise bestand, besprochen; ferner die Entwickelung der Irrenfürsorge im Grossherzogthum, die verschiedenen Entwürfe, Hoffnungen und Enttäuschungen, sowie endlich der gegenwärtige, grade nicht sehr lobenswürdige Zustand derselben in oft recht humorvoller, häufig drastischer Weise dargelegt. Beschönigt wird Nichts.

Und so mag es mir denn gestattet sein, den Inhalt der Schrift in seinen wesentlichen Zügen, soweit er besonders den Irrenarzt angeht, anzugeben, ohne mich an die in dem Werke eingehaltene Reihenfolge zu binden.

In unmittelbarer Nähe von Ettelbrück, einem betriebsamen Städtchen des Grossherzogthums an der Staatsstrasse von Luxemburg nach Dickirch im Thale der Alzette gelegen, stellt das Centralhospice eine Sammlung von Gebäuden dar, deren ältere Theile unmittelbar an der Strasse gelegene Wohnungen für die die Pflege besorgenden barmherzigen Schwestern mit Kapelle und Refectorium, ferner die Bäckerei, die Wasch- und Kochküche, sowie Ställe und Scheune enthalten. Weiter zurück liegen vier Pavillons, je 2 hintereinander mit der Hauptfront nach Nordwest, die östlichen für weibliche, die westlichen für männliche Insassen bestimmt, zwischen diesen beiden Abtheilungen befindet sich ein unregelmässiger niedriger Bau, in welchem Werkstätten, ein Centralbad und unmittelbar an dieses anstossend auf der Frauenseite eine kleine Abtheilung für bettlägerige und unreinliche weibliche Geisteskranke sich befindet. Hinter diesen beiden Reihen grösserer Pavillons befinden sich auf dem südöstlichen Ende noch 2 kleine Pavillons, einige Zellen enthaltend, mit primitivster Heizung und ohne

Digitized by Google

Badeeinrichtung, bestimmt für männliche, bezugsweise weibliche Tobsüchtige. Südwestlich ist das Grundstück durch einen ziemlich nahe an den Pavillons vorüberführenden öffentlichen Weg eingeschränkt, während nach Südost eine mehrere Hektaren einnehmende Gartenfläche liegt. Auch nach Osten zu ist das Terrain ziemlich beschränkt, durch Privatbesitz, als welcher auch die Wohnung des Directors mit einem Gärtchen sich darstellt: jenseits der Bezirksstrasse aber befindet sich wieder eine mehrere Hektaren ausmachende Gartenfläche und ausserdem ein recht bescheidenes Häuschen, in welchem der Director und ein Schreiber ihre Bureaus haben. Die bebaute Fläche beträgt 1 Hekt. 56 Ar. 30 Met., die dazugehörigen Gärten 2 Hekt. 50 Ar. 40 Met., das auf der andern Seite der Strasse gelegene Gartengrundstück 1 Hekt. 51 Ar. 90 Met. Insgesammt 5 Hekt. 58 Ar. 70 Met.

Dieser gegenwärtige Zustand des Centralhospice ist nach und nach geworden.

Der erste Gedanke der Gründung eines solchen tauchte 1846 auf; in einem behördlichen Erlasse wurde auf die Nothwendigkeit der Gründung einer Anstalt für Bedürftige, die eine besondere Behandlung, eine gewisse Isolirung erforderten, für solche, die an ansteckenden oder auch unheilbaren Krankheiten litten, für Geisteskranke und solche, die eines Familienanhaltes entbehrten, hingewiesen. Die Gründung einer solchen Anstalt wurde 1855 beschlossen, im folgenden Jahre erschien das Reglement für die neue Anstalt, dessen erster Artikel besagte: Das Hospice zu Ettelbrück ist zur Aufnahme von kränklichen Bedürftigen und Bettelkindern beiderlei Geschlechtes sowie zur Aufnahme von Geisteskranken, soweit die Räumlichkeiten reichen, bestimmt.

Man wird dem Verfasser einräumen müssen, dass mit dieser Bestimmung dem Centralhospice ein bedenkliches Siegel aufgedrückt wurde. Und leider hat die Zukunft diesen der Anstalt schon bei ihrer Gründung eingeimpften Schaden nicht beseitigen können. Sie krankt noch heute an dieser unglücklichen Zusammenwürfelung der verschiedensten Elemente!

Zunächst wurde eine überflüssig gewordene Artilleriekaserne den oben genannten Zwecken dienstbar gemacht, in den 60er Jahren die 2 Pavillons, später das Isolirgebäude für Männer und in den 70er Jahren die entsprechenden für Frauen errichtet. Die schliesslichen Gesammtkosten beliefen sich bei 500 Plätzen einschliesslich der Angestellten auf 658 850 Franken. Das ist freilich sehr billig, aber die Leistung dafür auch eine herzlich mangelhafte!

Was wurde nun im Laufe der Zeit in dieses Hospice für eine Gesellschaft aufgenommen? Der Verfasser schildert sie auf Seite 4 in drastischer Weise: Der Kranke und der Greis, die Wittwe und die Waise, alles Mitleides werth, waren in engster Berührung mit dem Vagabunden, dem Säufer, der unverheiratheten Mutter und der Strassendirne! Es war die Hölle des Dante: „Per me si va tra la perdute gente“. Später kommen

dann auch Geisteskranke hinzu, besonders nachdem ein zu Pfaffenthal bestehendes Depot derselben ein Raub der Flammen geworden war.

Die Gesammtbevölkerung betrug im Jahre 1855 44, erreichte den höchsten Stand von 483 im Jahre 1887. Unter diesen befanden sich Epileptiker, Idioten und Geisteskranke 291. Am Schlusse des Jahres 1888 waren 470 Personen im Hospice untergebracht und darunter 314 Geisteskranke, Idioten und Epileptiker, von ersteren allein 215, von den zweiten 55, von den letzten 44. Die übrige Gesellschaft vertheilte sich zu derselben Zeit in der Weise, dass 8 Kinder unter 12 Jahren und 148 Erwachsene sich in der Anstalt befanden. Bei der geringen Anzahl der Gebäude, ihrem verhältnissmässig nahen Zusammenliegen ist es begreiflich, dass eine Trennung der verschiedenen Bevölkerungsklassen undurchführbar ist.

Es mag hier gleich die eigentliche Irrenstatistik angeschlossen werden, die von 1880—1889 bearbeitet ist.

Es wurden in diesen Jahren aufgenommen im Ganzen 670, 411 Männer und 259 Frauen. Die niedrigste Aufnahmeziffer weist das Jahr 1885 mit 40 Männern und 23 Frauen nach, die höchste die Jahre 1887 und 1888, wo 55 und 33 bezugsweise 44 Männer und 33 Frauen aufgenommen wurden. Der Abgang betrug in diesen Jahren 562, 347 Männer und 215 Frauen.

Die 670 Aufnahmen vertheilen sich nach den verschiedenen Formen: Primäre Formen 327, Dementia 166, Epilepsie 81, Idiotie 50, Alkoholismus 46. 69,10 pCt. waren erste Aufnahmen, wiederholte 30,90 pCt.; von den letzteren waren 14,78 seiner Zeit geheilt entlassen worden. Der Abgang betrug 562. Geheilt entlassen wurden 215, also 32,09 pCt. der Aufnahme. Von den primären und alkoholistischen Formen erreichten die Genesungen 57,37 pCt. der Aufnahmen.

Bittere Klagen wie überall so auch hier über verspätete Zuführung und unvernünftiges Verhalten der Angehörigen den Kranken gegenüber, von welchem ein kaum glaubliches Beispiel auf p. 107 erzählt wird.

Unter den Aufgenommenen befanden sich mit directer Erblichkeit Belastete 11,40 pCt. Männer und 19,09 pCt. Frauen: mit sonstiger Erblichkeit 22,14 pCt. Männer, 31,89 pCt. Frauen. Alkoholmissbrauch und Erblichkeit fand sich bei Männern in 16,71 pCt., bei Frauen nur in 2,72 pCt. Alkoholmissbrauch allein wurde bei 20,40 pCt. der Männer, 7,09 pCt. der Frauen vorgefunden. Die Fälle mit Erblichkeit, die Fälle mit Alkoholmissbrauch, für sich addirt, ergiebt, dass hereditäre Belastung in 50,52 pCt. der Männer, 53,70 pCt. der Frauen, Alkoholmissbrauch in 37,11 pCt. der Männer, 9,81 pCt. der Frauen nachzuweisen war, also in über die Hälfte der Aufnahmen hereditäre Belastung, über ein Viertel Alkoholmissbrauch als intiologisches Moment nachzuweisen war.

Unter dem Abgang von 562 befanden sich 193 Todesfälle, also 34,34 pCt. des Abganges und 23,64 pCt. der in der Zeit 1880—1889 Aufgenommenen. Im Jahre 1880 starben 30 von 206 Bestand und 64 Aufnahmen. Diese in der That sehr erhebliche Sterblichkeit wird besonderen Ursachen zuge-

schrieben, die in der Folge noch berührt werden. Die niedrigste Sterblichkeitsziffer wies das Jahr 1885 auf 4,87 des Bestandes, 23,96 der Aufnahmen. Ausschliesslich des sehr bedenklichen Jahres 1880 hat die durchschnittliche Sterblichkeitsziffer bis 89 betragen 11,11 pCt. vom Bestande und 46,87 von der Aufnahme. Unter den Todesursachen werden besonders Phthisis, Marasmus und Typhus hervorgehoben. Von letzterem wird bei Besprechung der bei der Gesammtbevölkerung des Centralhospice beobachteten Krankheiten erwähnt, dass derselbe zu jeder Zeit mehr oder weniger endemisch gewesen sei, wenn auch meist nur in vereinzelten Fällen auf dieses oder jenes Quartier beschränkt, einmal wurde die Station der weiblichen Infirme von einer kleinen Epidemie heimgesucht und zur Zeit der Abfassung des Berichtes (Sommer 1889) trat diese Krankheit in beängstigender Weise auf, befiel besonders das jüngere Personal; 40 Personen erkrankten, zwei starben. Fast sämmtliche Brunnen der Anstalt erschienen verdächtig: bis auf einen wurden sie geschlossen, am folgenden Tage kamen noch 16 Erkrankungen hinzu, seitdem nur noch eine, die eine mit der Wartung von Typhuskranken beschäftigte Schwester betraf. Allerdings eine herbe Verurtheilung der damaligen Wasserversorgung!

Selbstmordversuche kamen mehrfach vor, einer nur, eine Strangulation bei einem Manne hatte Erfolg. Ein Melancholiker, der sich von einer Mauer in nicht unerheblicher Höhe auf einen chaussirten Weg kopfüber gestürzt hatte, trug nur einige Contusionen und einen Knochenbruch davon, starb aber in Folge von Nahrungsverweigerung und beständiger Unruhe nach 5 Wochen an Herzlähmung. Ein sehr beklagenswerther Unglücksfall ereignete sich Anfang September 1887, indem eine alte alkoholistisch verrückte Frau ihre Zimmergenossin, mit der sie fast ein Jahr das Zimmer theilte, des Nachts mit einem Eimer erschlug. Als Grund der That gab sie an: „Der H .... kerl habe sie missbrauchen wollen!"

Entweichungen kamen selten vor, seit 5 bis 6 Jahren etwa 4, von denen 3 sich alsbald durch freiwillige Rückkehr der Flüchtlinge als harmlose Unternehmungen darstellten.

Seit dem 21. Juli 1881 erfreut sich das Grossherzogthum eines Irrengesetzes, das Aufnahme, Unterbringung, Entlassung und sonstige Fürsorge für die Kranken gesetzlich ordnet. Es schliesst sich dasselbe im Wesentlichen dem bekannten belgischen Gesetze an. Wie dieses verlangt auch das Luxemburger, dass die Irrenanstalten Nichtgeisteskranke nicht aufnehmen; Ausnahmen können unter der Bedingung gestattet werden, dass die Nichtgeisteskranken von den Geisteskranken gesondert gehalten werden. Der Verfasser macht darauf aufmerksam, dass zumal bei der vorhandenen Ueberfüllung diese Bedingung in Ettelbrück kaum noch zuträfe, also Ettelbrück den gesetzlichen Erfordernissen nicht mehr genüge. Er benutzt mit Recht jede Gelegenheit, die Nothwendigkeit der Trennung, der Unterbringung der Geisteskranken in einem Asyl für sich, zu betonen. Jedes Kapitel des Berichtes bringt neue Beweise dafür, wie verhängniss-

voll diese Verbindung heterogenster Elemente für die gedeihliche Entwicklung der Irrenfürsorge ist. Wohl nicht von so bedenklichem Einfluss, wie dieses Grundübel der Luxemburger Irrenfürsorge, aber sicher auch nicht von günstigem Einfluss ist die von Anfang an beliebte Uebergabe der gesammten Oeconomie an den Orden der Hospitalschwestern der heiligen Elisabeth. Die Schwestern, zur Zeit 11 an der Zahl, verfügen über die gesammte Landwirthschaft, es werden ihnen die geeigneten Arbeitskräfte gestellt, sie leiten die Beaufsichtigung und Beschäftigung der weiblichen Kranken, auch beim Nähen und Waschen, sie haben eine Bäckerei zur Verfügung, werden mit durchschnittlich 350 Francs jährlich honorirt und sind dabei die Unternehmer für die Beköstigung!

Natürlich hat dieses Verhältniss zu allen möglichen Unzuträglichkeiten geführt, und nicht unergötzlich sind die Schilderungen des Berichterstatters über die verschiedenen Anläufe des Directors wie des Arztes, die bestehenden Uebelstände zu heben. Schliesslich ist man bei den Schwestern als Unternehmern geblieben. Des Morgens wird Kaffee z. Th. Cichorien mit 0,15 Liter Milch, Mittags 3 mal wöchentlich 150 Gramm Fleisch, täglich Suppe und Gemüse, Abends eine Suppe von Brod, Reis etc., ausserdem für den Tag bis 500 Gramm Brod für den erwachsenen Mann, 450 Gramm für die Frau gereicht. Für die auf der Infirmerie befindlichen Personen kann der Arzt die Kost verschreiben. Gemüse wird „à discretion" verabreicht. Es wird für diese Kost an die Schwestern 50 Centimes = 40 Pf. per Tag und Kopf gezahlt.

Luxuriös kann man die Beköstigung gewiss nicht nennen, billig auch nicht grade. Sehr richtig hebt der Verfasser die Schattenseiten der Vergebung der Kost an einen Unternehmer hervor und betont auch hier wieder, wie die Verschiedenheit der Anstalts-Insassen ein Hemmniss für jede Verbesserung ist. Er macht bei dieser Gelegenheit darauf aufmerksam, ob nicht für die nichtgeisteskranken Hülfsbedürftigen eine Art familialer Verpflegung, wie man sie in Gheel für Geisteskranke durchgeführt hat, sich empfehlen sollte. Er entwirft dann einen Wochenspeisezettel unter genauer Angabe der Quantitäten, wie es seinem Ermessen nach passend und ausreichend sein würde. Der Unbescheidenheit darf man ihn nicht beschuldigen. Er verlangt freilich sechsmal Fleisch die Woche, aber doch nur 100 bis 125 Gramm.

Ueber die Bekleidung und Lagerung ist nichts Wesentliches zu berichten. Mit Recht hebt der Verfasser die gefälligen und praktischen eisernen Bettstellen hervor und klagt leider mit ebenso viel Recht über die traurige Bettung der Unreinlichen.

Sehr wird geklagt über das niedrig gelegene feuchte Terrain, das immer und immer wieder Ueberschwemmung der Keller herbeiführte, bis eine ausgiebige Drainage Abhülfe schaffte.

Auf den beiden Stationen für ruhige Kranke befinden sich Wascheinrichtungen mit Zuleitung von warmem und kaltem Wasser; ein Theil der

Digitized by Google

übrigen Bevölkerung benutzt blecherne Waschschüsseln, ein anderer und zwar der grössere Theil geht zum Zweck der Reinigung ländlich sittlich an die Pumpe im Hofe bei Sommers- und Winterszeit! Auf den Stationen mit der neuen Wascheinrichtung befindet sich auch ein Zimmer mit einer Badewanne und dazu gehörigem Ofen.

Ausserdem ist ein Centralbad mit fünf emaillirten Badewannen und den verschiedensten Sorten von Douchen vorhanden; auch eine aufsteigende fehlt nicht!

Das Trink- und Gebrauchswasser wird durch Handpumpen aus zahlreich vorhandenen Brunnen gewonnen, seine Qualität liess viel zu wünschen übrig, derselben wird die Schuld an der fast jährlich auftretenden grösseren oder kleineren Zahl typhoider Fieber beigemessen; die ungünstigen Terrainverhältnisse, vielleicht auch die nicht immer mit genügendem Gefälle versehene Abführung des Abwassers in die Alzette werden als wahrscheinliche Ursachen dieses Uebelstandes angesehen und daher auch Abhülfe von der erwähnten Drainage erhofft. Aber freilich auch die Abortangelegenheit lässt sehr viel zu wünschen übrig, so viel, dass der Verf. am liebsten Nichts darüber sagen möchte. Sie sind ausserhalb der Gebäude an den Aussenmauern der Höfe angelegt, derart, dass die Entleerung der Gruben von Aussen besorgt werden kann. Nur auf einer Frauenstation sind versuchsweise Aborte mit Fosses mobiles eingerichtet worden.

Die Heizung ist Ofenheizung, und zwar sind seit einigen Jahren durchweg eiserne Regulatoröfen eingeführt, z. Th. verbunden mit Ansaugung frischer Luft, die innerhalb des Mantels des Ofens sich erwärmt und dann in das Zimmer ausströmt. Sonst wird in verschiedenen Localitäten durch verschliessbare Oeffnungen in den Mauern in $^3/_4$ Mannshöhe etwa gelegen eine Communication mit der Aussenluft hergestellt, in anderen besorgen es die Fenster, die z. Th. mit Oberlichtern zum Aufklappen versehen sind. Diese letzteren werden als die besten Ventilatoren gerühmt. — Die Heizungsverhältnisse in den Pavillons für Tobsüchtige werden noch jetzt als „unverzeihlich" bezeichnet. — Die Beleuchtung wird theils durch Petroleum, theils durch Cozagas bewerkstelligt. So schmeichelhaft es mir nun auch wäre, wenn diese Zeilen viel gelesen und beachtet würden, so möchte ich doch wünschen, dass die folgende Notiz über das Personal der Anstalt Ettelbrück keiner unserer Provinzialbehörden in die Hände fällt; denn schlechte Beispiele verderben bekanntlich gute Sitten.

Das Personal in Ettelbrück besteht aus einem Arzt, der zugleich Director ist — aber erst seit 1883 — einem Oberwärter, sechs Wärtern, einem Hülfswärter, einem Geistlichen, elf Hospitalschwestern, vier Wärterinnen und einem Schreibgehülfen (Commis). Kein zweiter Arzt, kein Assistenzarzt! Der Arztdirector hat 5800 Frcs. Gehalt und — Privatpraxis. Leider verräth uns der Verf. nicht, wer den Director im Behinderungsfalle — Krankheit, Reise, Praxis — vertritt. Den Arzt wird wohl ein College aus

Ettelbrück mit oder ohne psychiatrische Vorbildung vertreten. Und dabei 57 pCt. Genesungen der primären Psychosen? Man möchte auf höchst ketzerhafte Gedanken kommen; zunächst aber dem Verf. wünschen, dass die Gewährung eines zweiten Arztes diesem für unsereinen schlechthin unbegreiflichen Verhältniss ein Ende macht! — Anläufe die Irrenfürsorge auf einen anderen Fuss zu bringen, sind mehrfach gemacht worden. Man zog auswärtige Gutachten heran; im Jahre 1880 den Unterzeichneten, der, wie der Verf. meint, an der ganzen Anstalt kein gutes Haar liess und als einzig völlig befriedigende Lösung den Bau einer neuen Irrenanstalt vorschlug; im Jahre 1882 den Director der belgischen Irrenanstalt zu Tournai Dr. *Lentz*, der zwar auch nichts zu loben fand, aber doch durch Umänderung des bestehenden zu einem befriedigenden Ziele zu gelangen hoffte und dementsprechend Vorschläge machte; es traten Commissionen von Abgeordneten zusammen, man trat den Vorschlägen des Dr. *Lentz* näher, sie erwiesen sich leider als unausführbar. Der Verf. bedauert dies nicht, weil die Projecte nur auf 300 Kranke berechnet waren, eine Zahl, die sich alsbald als zu gering erwies.

Indessen verschaffte man dem Asyl in Ettelbrück wenigstens in so fern eine Erleichterung, als man im Jahre 1884 die Waisenkinder daraus entfernte, aber seit einigen Jahren bringt man sie wieder dort unter, wie ja schon aus der statistischen Mittheilung ersichtlich war. Der Verfasser hatte unterdessen eine Reise nach Deutschland gemacht, verschiedene deutsche Anstalten besichtigt — er hat darüber einen im behaglichsten Plauderton gehaltenen aber darum doch recht gehaltvollen Bericht als Manuscript gedruckt und an Kammermitglieder, Vorgesetzte und gute Freunde vertheilt erscheinen lassen — unter anderen auch Alt Scherbitz, dessen Lage eine gewisse Aehnlichkeit mit Ettelbrück hat und deren „geschlossene Anstalt" ihm sehr wohl gefiel. Von dorther entnahm er den Gedanken, für 120—130 Kranke ein neues Asyl, sei es auf der andern Seite der Landstrasse, sei es auf sonst in nächster Nähe zu erwerbendem Lande zu erbauen, dort die Neuerkrankten, die Aufgeregten und Insocialen unterzubringen und in den alten Gebäuden theils den ruhigen Pfleglingen — als agricole Colonie gedacht — theils einer Siechenabtheilung, einem Lazareth, vielleicht auch einer Abtheilung für idiotische und geisteskranke Kinder Unterkunft zu schaffen. Die Kosten dieses Projectes wurden auf 325 000 Francs veranschlagt. Ein anderes Project wurde von *Schmieden*-Berlin entworfen und zwar für 330 Kranke, bei welchem die Hauptaxe in die Richtung Süden nach Norden gelegt, der auf der andern Seite der Strasse gelegene Garten zur Anlage der landwirthschaftlichen Gebäude, des Kesselhauses u. s. w. verwendet, Anbau an die bestehenden 4 Pavillons und eine Reihe von Neubauten und zu diesem Zwecke der Ankauf verschiedener benachbarter Grundstücke empfohlen, nöthigenfalls auch eine Verlegung der Landstrasse in Aussicht genommen wurde. Es ist nicht zu leugnen, dass die dem Berichte beigefügte Ansicht der Anstalt nach

Digitized by Google

der vorgeschlagenen Umänderung einen überaus gefälligen Eindruck macht, nur kann man sich der Besorgniss nicht recht entschlagen, dass die Gebäude etwas dicht aneinanderstehen, zumal wenn man die Lage aus eigener Anschauung kennt. Zu keinem der verschiedenen Umänderungsprojecte hat man sich bisher entschlossen; noch weniger zu einem Neubau.

Und so könnte es scheinen, als sei im Centralhospice zu Ettelbrück Alles geblieben, wie es von Alters her war, das ist aber doch nicht der Fall. Wer wie der Unterzeichnete die Anstalt im Jahre 1881 und 84 und dann wieder im vorigen Herbste gesehen hat, wird ihr das Zeugniss nicht vorenthalten können, dass es nicht geblieben ist wie es war, dass trotz der Ueberfüllung, trotz der Verquickung von Armen-, Waisen- und Irrenanstalt für letztere grade in der inneren Ausstattung das mögliche geschehen ist. Freilich die beiden Missgeburten von Isolirpavillons dürften auch heute niemand gezeigt werden, wohl aber die übrigen Wohn- und die meisten Schlafräume. An den farbig getönten und gefelderten, mit reichem Bilderschmuck versehenen Wänden, dem durchweg in der Anstalt angefertigten Mobiliar von überaus gefälligen Formen, die recht wohlthätig von dem in unsern Anstalten so vielfach herrschenden Commissstyl abstehen, den behaglichen Fenstervorhängen, den sauberen Betten mit den schönen rothen wollenen Decken und den üppigen Plumeaux, an dem gediegenen Essgeschirr aus weissem Fayence kann man nur seine Freude haben. Aber auch auf den Höfen, in den Gärten ist aufgeräumt worden, alte Schuppen und Baracken, wie überflüssige Mauern sind abgebrochen, das Terrain regulirt und auf einigen kürzlich hinzu erworbenen Parcellen parkartige Anlagen geschaffen worden. Frohe Feste, patriotische und andere werden gefeiert, und der Weihnachtsbaum hat auch hier seinen Einzug gehalten. Ein menschenfreundlicher Geist waltet in der Anstalt.

Da mag man denn die Hoffnung nicht aufgeben, dass die Irrenfürsorge des Grossherzogthums Luxemburg auch noch weitere Fortschritte machen wird, und wenn auch keiner der bisher gemachten Vorschläge zur Ausführung kommen sollte, doch schliesslich ein Weg gefunden wird, eine den Anforderungen der Jetztzeit entsprechende Irrenanstalt zu schaffen.

Bestärkt wurde der Unterzeichnete in dieser immer gehegten Hoffnung durch das warme und verständnissvolle Interesse der massgebenden Persönlichkeiten der Grossherzoglichen Regierung, das ihm, als er im vergangenen Herbste die Ehre hatte, mit ihnen über diese Angelegenheit zu sprechen, in der sympathischsten Weise entgegentrat. Und neue Nahrung hat diese Hoffnung wieder erhalten durch die in der Sitzung der Kammer der Abgeordneten am 20. Januar abgegebene Erklärung des Herrn Generaldirector Thorn, dass demnächst eine Vorlage eingebracht werden würde zur Vergrösserung des Waisenhauses und anderweitiger Unterbringung der sogen. Siechen, wodurch Ettelbrück so ziemlich von den für die Irrenanstalt unpassenden Elementen befreit werden würde. Kommt nur erst einmal weiter die Frage in Fluss und lässt der Segen aus der Zoll-

vereinseinnahme nicht nach, so wird es nicht an einer befriedigenden Lösung fehlen.

Und eine solche möchten wir neben den Unglücklichen, die in der Irrenanstalt ihre Zuflucht suchen müssen, neben den Angehörigen derselben, vor allem dem Verfasser der besprochenen Schrift wünschen, der seit mehr als einem Decennium bei einer enormen Geschäftslast tapfer und unverdrossen die Interessen der Irrenpflege in unermüdlichem Wirken und Werben vertreten hat, ein unerschrockener wackerer Streiter, der jetzt den unvermeidlichen Tribut der Erschöpfbarkeit auch des anscheinend stärksten Organismus zahlt und im Süden von quälenden Leiden Genesung sucht. Möchte sie ihm bald zu theil werden und mit ihr die Erfüllung seines Sehnens und Strebens: die Herstellung einer den jetzigen Anforderungen entsprechende Irrenfürsorge im Grossherzogthum Luxemburg.

Andernach im Februar 1891. Dr. *Nötel.*

S. V. *Clevenger*, Spinal concussion: surgically considered as a cause of spinal injury, and neurologically restricted to a certain symptom group, for which is suggested the designation *Erichsen*'s Disease as one form of the traumatic neuroses; with thirty wood-engravings. Philadelphia and London. F. A. Davis. 1889.

Dieses dickleibige Buch stellt eine Compilation in dem ausgiebigsten Sinne des Wortes dar. Nach einer kurzen historischen Einleitung citirt Verf. aus sämmtlichen Autoren, welche über den Gegenstand geschrieben haben, und zwar meistentheils wörtlich mit Anführungszeichen. Diese Citate von *Erichsen*, *Page*, *Oppenheim*, *Erb*, *Westphal*, *Abercrombie*, Sir *Astley Cooper*, *Boyer*, *Charcot*, *Leyden*, *Rigler*, *Spitzka*, *Putnam*, *Knapp*, *Dana* etc. füllen etwa den dritten Theil, nämlich 113 Seiten des 359 Seiten enthaltenden Buches. Sodann folgen 20 eigene ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten über spinal disease und 54 Krankengeschichten anderer Autoren, zuletzt 33 von *Oppenheim* in sehr kurzem Auszuge. An das nächste Kapitel über traumatische Psychose schliesst sich ebenfalls eine Casuistik von 14 Fällen an. Das folgende Kapitel mit der Ueberschrift „the spinal column" enthält, neben den elementarsten anatomischen Kenntnissen über das Rückenmark, ausführlichere Angaben über die Blutversorgung desselben und über die Anastomosen des Sympathicus mit dem Cerebro-Spinal-System. Nach Aufzählung von nicht weniger als 31 mehr oder weniger subjectiven Symptomen von „spinal concussion" bespricht Verf. die Diagnose; in dem besonderen Kapitel der Elektro-Diagnose geht er wieder auf bei uns in Deutschland als zum Studium eines solchen Buches vorausgesetzte elementare Kenntnisse näher ein, indem er Abbildungen von galvanischen Bat-

terien, Rheostaten und absoluten Galvanometern giebt und dazu aus *Strümpell's* Pathologie fast 6 Seiten, welche die elektrischen Reactionen behandeln, wörtlich abdruckt.

Die 4 letzten Kapitel führen die Ueberschriften: Differentialdiagnose, Pathology, d. i. Pathogenese, Therapie und medicolegale Betrachtungen. Nach der Ansicht des Verf.'s sind die anatomischen Veränderungen bei „spinal concussion" nicht im Rückenmark, sondern im Sympathicus zu suchen, ohne dass er dies durch Autopsien begründen konnte. Am kürzesten ist die Therapie abgehandelt, nämlich auf 3 Seiten.

In der Einleitung zu den medicolegalen Betrachtungen entwirft Verf. ein sehr ungünstiges Bild von der Vorbildung der Aerzte in den Vereinigten Staaten: Der Student der Medicin strebt einzig und allein danach, ein Diplom zu erlangen, einige Recepte schreiben und eine einfache, aber in die Augen fallende Operation ausführen zu lernen. Es existiren in den Vereinigten Staaten und Canada nach dem letzten officiellen Bericht des Illinois State Board of Health nicht weniger als 227 Medicin-Schulen, welche als wahre Diplom-Mühlen nicht weniger als 5000 Graduirte jährlich, wie Prof. *Adams* sagt, autorisiren „ihre Unwissenheit am Publicum auszuüben" („to practice their ignorance upon the community").

Begreiflicherweise blüht der Charlatanismus hier wie kaum irgendwo: So giebt es in Chicago einen „Orificialisten", wie er sich nennt, welcher alle Krankheiten, besonders Gicht, Rheumatismus, Psychosen, mit Dilatation des Mastdarms curirt und mit diesen Curen jährlich 25000 £. verdient. Für Ausführung einer Dilatation bei einer hysterischen Frau liquidirte er 3000 £.

Dass dementsprechend die ärztliche Begutachtung von Unfallverletzten dort sehr im Argen liegt, braucht nicht gesagt zu werden, gar nicht zu gedenken der Uebelstände Seitens des Gerichts.

Ein Glossary zur Erklärung medicinischer Ausdrücke für nicht medicinische Leser und 9 Tafeln Abbildungen der motorischen Punkte bilden den Schluss des übrigens vortrefflich ausgestatteten Buches.

Seeligmüller.

Experimentelle Studien auf dem Gebiete der Gedankenübertragung und des sog. Hellsehens. Von *Ch. Richet.* Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. Freiherrn *von Schrenck-Notzing.* Stuttgart, Enke, 1891. gr. 8°. 254 S.

Die viel besprochenen Gutachten von „Autoritäten" über den Hypnotismus und was damit zusammenhängt, welche in der „Deutschen Dichtung" erschienen und durch die meisten Tagesblätter gegangen sind, haben bekanntlich einstimmig die „Telepathie" verworfen. Ebenso, obschon in milderer Form ablehnend, hat *Moll* geurtheilt. Jetzt tritt nun der Pa-

riser Physiologe *Ch. Richet* vor die deutsche Wissenschaft mit der Behauptung: „es ist doch etwas an der Gedankenübertragung und an dem Hellsehen“ und sein Uebersetzer, der tüchtige Dr. *von Schrenck*, schliesst sich dieser Anschauung an. Leider ist das, was *Richet* auf Grund sechsjähriger Arbeit erreicht hat und was *Schrenck* aus eigener Erfahrung und aus litterarischen Studien hinzufügt, so geringfügig und unsicher, dass man mit solcher dürftigen Ausbeute nicht viel anzufangen vermag. Immerhin mahnen selbst diese Ergebnisse zu Vorsicht im Ableugnen. — Leider haben sich bereits übernervöse Menschen des Themas bemächtigt. Hr. *Wollny* schreibt zahlreiche Broschüren über den Unfug, der angeblich mit der Telepathie getrieben wird, ein Frankfurter Bürger lässt auf der Strasse Flugblätter gegen die unsichtbaren Einflüsterungen vertheilen, und ein Glatzer Schriftsteller hat dem Ref. in umfangreichen Briefen auseinandergesetzt, in welch' schändlicher Weise die Hypnotisten ihm fernsinnig Hallucinationen erzeugten. *Max Dessoir.*

Hypnotisme et croyances anciennes. Par le Dr. *L. R. Regnier*. Paris, Publication du Progrès Médical, 1891. 4°. XXIII. 221 S.

Das prachtvoll, wenngleich sonderbar ausgestattete Buch enthält im Wesentlichen eine Geschichte des Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung des Alterthums. Hier hätte sich etwas leisten lassen. Aber leider fehlen dem Verf. alle Vorbedingungen zur würdigen Lösung dieser Aufgabe. Er besitzt weder ein klares Verständniss für das Wesen des Hypnotismus noch die nöthigen historischen Kenntnisse. Seine Definition der Hypnose lautet: „sie ist ein besonderer Zustand des Nervensystems, den man bei einer grossen Anzahl Individuen künstlich hervorrufen kann, und der sich kennzeichnet durch vollständige oder theilweise Bewusstlosigkeit und durch die nach Aufhören der Hypnose eintretende völlige Amnesie für alles, was während des Schlafes geschehen ist.“ Sollte man es für möglich halten, dass noch heute dem sprechenden, schreibenden, gehenden, die Suggestionen selbständig erweiternden Hypnotiker „Bewusstlosigkeit“ zugemuthet wird? Eher noch kann man begreifen, wie Hr. *Regnier* als Schüler *Charcots* und *Luys'* die leichteren Grade der Hypnose zu übersehen und demgemäss Amnesie für ein wesentliches Merkmal zu erklären vermag. Ist er doch ein Freund der unnützen „miroirs rotatifs“ als Hülfsmittel zur Einführung des hypnotischen Zustandes! — Der geschichtliche Theil macht den Eindruck, als ob er ohne jegliche Kenntniss der Quellen aus Zeugnissen zweiter Hand zusammengeschrieben sei. Er bietet demgemäss garnichts Neues, sondern nur Altbekanntes und dies oft fehlerhaft entstellt. Um vom Alterthum und Mittelalter ganz zu schweigen — auch die neuere Entwickelung des Hypnotismus ist in recht sorgloser Weise

Digitized by Google

dargestellt. Unter den deutschen Vertretern des Hypnotismus, deren Bücher der Verf. augenscheinlich nie zu Gesicht bekommen hat, lernen wir einen Hrn. *Mohl* kennen (statt *Moll*) und drei Männer Namens *Preyer*, *Peyer*, *Rayer*, von denen bloss der Kundige weiss, dass sie in Eine Person zusammenfallen. Was endlich gar die angehängte Bibliographie betrifft, so reden wir lieber nicht darüber; als Musterprobe sei nur Ein Titel angeführt, den ich buchstabengetreu copire: „Erbin. — *Ziemsen*'s Handbuch der Krankheiten des nervensystem. 1878." — Der Ref. ist sich wohl bewusst, dass er ganz gegen seine Gewohnheit ein scharfes Urtheil gefällt hat. Aber es ist endlich an der Zeit, gegen die leichtfertige Bücherschreiberei der französischen Hypnotisten ernsten Einspruch zu erheben. Immer und immer wieder werden die alten Sachen abgeschrieben und ohne Kenntniss der ausländischen, besonders der reichhaltigen deutschen und englischen Litteratur breitgetreten. Fast nirgends findet sich der Versuch, in das Wesen der Hypnose tiefer einzudringen. Solche geschichtlichen oder die beliebten Kasuistischen Mittheilungen lohnen aber in der That kaum der Mühe des Lesens. *Max Dessoir.*

R. v. Krafft-Ebing, **Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. 6. verm. und theilw. umgearbeitete Aufl. Stuttgart, Ferd. Enke. 1891. 328 S.**

Bereichert durch neue Forschungen über „Sadismus", „Masochismus", „Fetischismus" in dem Abschnitt über Paraesthesia sexualis, durch die neuere Erfahrung über Suggestivbehandlung der conträren Sexualempfindung sowie durch eine Anzahl zum Theil noch nicht veröffentlichter Beispiele, wird diese neue Auflage, welche der 5. innerhalb eines Jahres folgt, die gleiche wohlwollende Aufnahme finden. *L.*

E. A. Schroeder, **Zur Reform des Irrenrechtes. Social-wissenschaftliche Rechtsuntersuchungen. Zürich u. Leipzig. 1891. 69 S.**

Ich hatte schon einmal Gelegenheit, mich in dieser Zeitschrift mit Herrn *Schroeder* und seiner Schriftstellerei zu beschäftigen (46. Bd. S. 534) und mich über sein Buch „das Recht im Irrenwesen" auszusprechen. Seitdem hat er uns mit einem neuen Werke beglückt, das wir indess, da es sich nach Form und Inhalt kaum von dem früheren unterscheidet, füglich mit Stillschweigen übergehen könnten, wenn es mir nicht aus anderen Gründen zweckmässig erschiene, derartige Erscheinungen auf dem Gebiete der Psychiatrie nicht ganz zu ignoriren.

Im Grunde kann es uns ja gleichgültig sein, wie Herr *Schroeder* von uns und unserer Thätigkeit denkt, und wenn er uns durchweg für ebenso beschränkt wie schlecht hält, so könnten wir ihm diese gute Meinung mit gleicher Münze heimzahlen und wären alsdann quitt.

Herr *Schroeder* begründet aber diese neue Veröffentlichung mit einer Aufforderung aus „parlamentarischen und wissenschaftlichen Kreisen", und er hofft von ihr, „dass sie dazu beitrage, die Lehre vom Rechte im Irrenwesen in breitere Kreise zu tragen und die Kenntniss derselben zu festigen und zu vertiefen, dass sie insbesondere die öffentliche Meinung und das Urtheil der Gebildeten, vor allem der Regierungen und der gesetzgebenden Körper, über Dinge des Irrenrechtes von den psychiatrischen Theorien zu emancipiren, und dadurch die Macht, aber auch die grosse Verantwortlichkeit der irrenärztlichen Thätigkeit zu verringern helfe" (pag. 1).

Es kann mir nun nichts ferner liegen, als die wissenschaftliche Befähigung dieser parlamentarischen Kreise in Zweifel zu ziehen, dass aber ein Mann, der auch nur eine Ahnung von dem Irrenwesen hat, wie es wenigstens bei uns in Deutschland gehandhabt wird, und der sich sein Gefühl für Anstand und gute Sitte gewahrt hat, dass ein solcher Mann den Ausführungen des Verfassers zustimmen sollte, das halte ich einfach für unmöglich.

Das Interesse, das mir das Buch gewährt, ist ein mehr pathologisches. Es bedeutet für mich den Niederschlag all' des Unsinns und der unreifen Ideen, die zur Zeit über das Irrenwesen gang und gäbe sind, und wenn ich dem Verf. auch etwas mehr Verständniss für seine Sache gewünscht hätte, so bin ich ihm doch dankbar dafür, dass er sich der Mühe unterzogen hat, die confusen Vorstellungen der grossen Menge in einen Punkt zu verdichten und uns einen Spiegel vorzuhalten, aus dem uns unser Bild, hässlich und verzerrt, aber doch im Sinne und in der Auffassung jener entgegengrinst.

Was sind wir doch für erbärmliche Gesellen!

Da uns unser eigenes Forschungsgebiet, das somatische, für das Richteramt der Aerzte im Irrenwesen unzulänglich ist (29), so „bedürfen wir für die Construction unserer Pseudowissenschaft eines Aufputzes, einer Dienerin". Schon „sind hier und da in den Studienplänen der medicinischen Facultäten Vorlesungen über Rechtsphilosophie aufgenommen worden, nnd diese erhabene Wissenschaft wird dadurch zu einer Dirne der Psychiatrik herabgewürdigt. Es ist daher die höchste Zeit, dass unsere Rechtslehrer sich dieses, ihres ureigensten Lehrgebietes wieder bemächtigen, dasselbe aus den Händen der Medicin befreien und in energischer Weise weiter ausbauen und wieder zu Ehren bringen." Und nun beweist uns der Verf. mit unerbittlicher Logik, wie wir Aerzte gar nicht im Stande sind, auch nur in einem Falle den Beweis der Geisteskrankheit zu erbringen. „Irrsein nämlich (pag. 10) ist der irre Sinn, der Inbegriff aller Sinne als Sinn im Allgemeinen, wenn sie oder ein Theil derselben weder richtig noch gar nicht, sondern irre,

Digitized by Google

die ihnen von der Natur verliehenen Kräfte zu bethätigen vermögen. Eine Geistesstörung kann, — wie der psychiatrische Verein in Paris constatirt hat (!) — ohne Sinnesstörung, Hallucinationen, Illusionen oder Visionen nicht angenommen werden. Auch kann man von rein medicinischem Standpunkte wohl eine Vermuthung auf das Vorhandensein einer Nerven- und selbst Gehirnkrankheit erheben, niemals aber auf das Bestehen eines seelischen Defectes, denn einerseits bedarf der Mensch für seine seelischen Bedürfnisse (!) nur einer Hirnhälfte, wie er in leiblicher Beziehung zur Noth mit einem Auge auskommt, und andererseits haben alle somatischen Untersuchungen der heutigen Psychiatrie nur einen negativen Werth (30). Dagegen vermag man zu behaupten, dass derjenige, dessen 5 Sinne gesund sind, an keiner Gehirnkrankheit leidet und folglich auch nicht geisteskrank ist."

Glücklicher Weise hat uns Herr *Schroeder* noch die Möglichkeit gelassen, den negativen Beweis der Geisteskrankheit durch somatische Untersuchungen zu erbringen, er allein kann auf wissenschaftlichen und praktischen Werth Anspruch erheben.

„Und er ist bereits betreten worden (31) und er hat schon vereinzelte schöne Früchte getragen." Ob Herr Prof. *Albert Eulenburg* wirklich die Erklärung abgegeben hat, die ihm hier die Bewunderung des Herrn *Schroeder* einträgt, „dass *Ahrens* in Folge des Umstandes, dass dessen fünf Sinne: Gesicht, Gehör, Sprache (!), Gefühl und Geruch vollständig gesund und functionsfähig sind, nicht geisteskrank sein könne", muss ich dahingestellt sein lassen. Herr *Schroeder* mag es mir zu Gute halten, wenn ich es ihm auf sein Wort allein nicht glaube.

Und das führt mich zu einem zweiten, nicht weniger bedenklichen Punkte.

Ich kann es mir erklären, wie Jemand aus persönlichem oder allgemeinem Interesse gegen vermeintliche Missstände und Unbilden zu Felde ziehen und in der Hitze des Gefechtes auch wohl die Schranken überschreiten kann, die man im gewöhnlichen Verkehre zu beachten pflegt.

Was er aber nicht thun darf, ohne sich den schwersten Vorwürfen auszusetzen, das ist, den Thatsachen Gewalt anzuthun, oder bei seinen Beweisen in einer — zum gelindesten ausgedrückt — leichtfertigen Weise zu verfahren. Beidem aber begegnen wir in den Werken des Herrn *Schroeder* auf Schritt und Tritt.

Ich will den Vorwurf der mangelnden Sachkenntniss nicht wiederholen, aber bestehen bleibt er deswegen für dieses Buch ebensogut, wie für das „Recht im Irrenwesen".

Auch die vorhin gerügten Fehler sind nichts Neues, treten aber hier noch greller hervor. Für Herrn *Schr.* ist jede Beschuldigung, die gegen eine Irrenanstalt vorgebracht wird, von vorneherein über allen Zweifel erhaben, und im IV. Kapitel theilt er eine solche Anzahl von Fällen mit, wo „die Verdächtigung und Verurtheilung wegen Geisteskrankheit nicht immer

wirklich Irrsinnige getroffen hat" (pag. 46), dass wir alle Ursache hätten, in das Urtheil des Verfassers über unsere Niederträchtigkeit einzustimmen, wenn die angeführten Fälle nur nicht den kleinen Fehler hätten, nicht wahr oder zum mindesten doch nicht bewiesen zu sein. Diejenigen wenigstens, die mir darunter näher bekannt sind, waren bei weitem nicht so reinlich und so zweifelsohne, wie sie Herr *Schr.* hinstellt, Alles in allem haben wir es daher mit einer Parteischrift zu thun, die kaum eine Widerlegung verdient.

Dass sich hier wie überall, wo Einer etwa Thörichtes vorbringt, eine Anzahl von noch Thörichteren zusammenfinden, die jenem zujauchzen und ihn als ihren Vorkämpfer verehren, ist einfach menschlich und daher nicht weiter wunderbar. Für uns aber hat es den Werth einer Warnung, welch' unklare Vorstellungen über Irrenwesen und Irresein noch in vielen Köpfen spuken, und einer wie thörichten Hoffnung wir uns hingeben würden, wenn wir glaubten, dass gutes Recht und selbstloses Streben uns ohne Weiteres die Anerkennung der grossen Menge sichern würden.

Pelman.

H. Laehr, **Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes im Jahre 1890. Mit geogr. Karte. Berlin, Reimer. 1891. 8°. 231 S.**

Festschrift für den X. Internat. Congress und zugleich 3. Auflage der früheren Schrift. Darnach hat Preussen 62 öffentl. Anstalten mit 194 Aerzten und 22846 Kr. und 144 öffentliche und private Anstalten mit 309 Aerzten und 31958 Kr. Das deutsche Reich hat 122 öffentliche Anstalten mit 370 Aerzten und 43251 Kr., sowie 236 öffentliche und private Anstalten mit 542 Aerzten und 56234 Kr. — Die deutschen Kronländer Oesterreichs haben 19 öffentliche Anstalten mit 73 Aerzten für 8106 Kr., mit den privaten 24 Anstalten unter 83 Aerzten für 8350 Kr. Die Schweiz hat 16 öffentliche Anstalten mit 38 Aerzten für 4503 Kr., mit den privaten 28 Anstalten unter 51 Aerzten für 4984 Kr. Die Ostseeprovinzen haben 5 öffentliche Anstalten mit 11 Aerzten für 593 Kr., mit den privaten 7 Anstalten unter 15 Aerzten für 652 Kr.; Luxemburg hat 1 öffentliche Anstalt mit 1 Arzte und 215 Kranken. *L.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Sprachstörungen aus Hypochondrie und ähnliche Störungen der formalen Lautsprache bei Geisteskranken überhaupt[1]).

Von

Dr. *Klinke*-Leubus.

Im folgenden will ich eine kurze Mittheilung über eine in letzter Zeit hier mehrfach bei hypochondrischen Kranken zur Beobachtung gekommene Sprachstörung geben und möchte im Anschluss daran die Aufmerksamkeit noch auf einige andere Fälle lenken, bei welchen Störungen der formalen Lautsprache — und nur mit solchen haben wir es hier zu thun — in ähnlicher Weise wie bei den erstgenannten hervortreten.

Fall I. Der erste Fall betrifft eine ca. 50 Jahre alte unverehelichte Arbeiterin, Marie P. Sie führte ihrem Vater, der die letzten Lebensjahre bettlägerig war, die Wirthschaft, war immer sehr trübe und ernst gestimmt und lief viel in die Kirche. Beim Tode des Vaters, der in ihren Armen starb, erschrak sie heftig, begann bald darauf allerlei Befürchtungen auszusprechen, sie würde auch bald sterben, sie würde vergiftet, als Hexe verbrannt werden, klagte über heftige Angstzustände und lief häufig fort.

Bei der Aufnahme hierselbst zeigte sie ein mattes, apathisches Wesen, erzählte aber bereitwillig von ihrer Krankheit und äusserte Klagen über Kopfschmerzen und ängstliche Träume. Die Periode war angeblich regelmässig vom 16. bis 49. Jahre, blieb über 1 Jahr aus und kehrte bisher nur noch einmal vor ca. 2 Monaten wieder. Der Appetit war schlecht, weil sie fürchtete, vergiftet zu werden. Eine Schwester des Vaters der Kranken soll vor Jahren an einer ähnlichen Geistesstörung gelitten haben. Soviel zur Anamnese. Das Verhalten der Kranken hierselbst charakterisirte sich kurz etwa folgendermaassen. Während sie am ersten Tage ruhig im Bett blieb, drängte sie bald fort, wollte nicht essen, nicht mehr im Bett

[1]) Aus der Heilanstalt Leubus. Nach einem für die 53. Vers. der ostdeutschen Irrenärzte bestimmten Vortrage.

bleiben und nahm Medicin schlecht, es sei Gift. Sie sass dann unter den andern Kranken, stets an derselben Stelle, sprach in nuschelndem, undeutlichen Tone vor sich hin, zupfte an ihren Kleidern herum und beklagte sich alle Tage, man wolle sie hier vergiften, gebe ihr Scherben, Sand, Kalk zu essen, Kalkwasser zu trinken u. dgl. Zum Arbeiten war sie niemals, auch in der Folge nicht zu bewegen, ass dagegen nach den ersten 8 Tagen regelmässig mit bestem Appetit trotz aller Klagen über die mancherlei Beimengungen und Verunreinigungen in den Speisen. Nach weiteren 14 Tagen liess sie zum ersten Male Wahnvorstellungen laut werden, sie würde von der Wärterin zusammengeschnürt wie ein Draht, sie sei selbst nur noch ein Draht, ein Stückchen blauer Kalk, im Körper stecke lauter Sand und Glas. Dabei zeigte sie öfter die Zunge, die sich durch eine erhebliche Grösse und grosse Beweglichkeit auszeichnete, vollführte fortwährend mit derselben excessive leckende und schlürfende Bewegungen, wölbte die Lippenmusculatur schnutenartig vor und hatte etwas nüffelndes und schwerständliches in ihrer Sprache. Die Aeusserung der wahnhaften Vorstellungen, die ohne jeden besonderen Affect vorgebracht wurden, blieb eintönig dieselbe, bis sie nach etwa 2 Monaten zum ersten Male auf die Frage, warum sie keine genaue Auskunft gebe und immer so undeutlich spreche, die Angabe machte, die Zunge sei ihr herausgedreht worden, sie könne deshalb nicht mehr ordentlich sprechen. Die Sprache wurde von da ab immer unverständlicher, zuletzt geradezu lallend und beschränkte sich mehrere Monate lang auf das Ausstossen kurzer, unverständlicher Laute, die in stundenlanger Wiederholung spontan als auch zur Beantwortung von Fragen vorgebracht wurden, z. B. meppen meppa, meppen, meppa ... u. s. w. Später gab sie unter ironischem Lächeln oder höhnischem Gelächter, dabei aber immer lallend und schwer verständlich stereotyp auf alle Fragen einzelne kurze Sätze zur Antwort, die sie endlos wiederholte: z. B. I ha blos die alte Schürz kriegt, I ha blos die alte Schürz krieg ... oder: Ich ha doch keinen Hauer nich, ich ha doch keinen Hauer nicht ... ich ha blos ne alte Tung hie ... oder: ei du perplutter Dotter du ... Wenn es im Verlauf der folgenden Monate schliesslich einmal gelang, sie zu einer weiteren Auskunft zu bewegen, erzählte sie, wie früher, jedesmal in derselben undeutlich-lallenden Sprache, die Zunge sei ihr rausgedreht worden, während die anfangs bestehenden sonstigen hypochondrischen Klagen ganz aufhörten und die Stimmung der im höchsten Grade unsauberen und stark speichelnden Kranken meist eine euphoristische war.

Fall II. Der zweite der zu besprechenden Fälle betrifft eine 52jährige Uhrmacherfrau H. Ueber erbliche Disposition ist nichts bekannt. Menses seit ¾ Jahren unregelmässig. Seit einigen Jahren klagte sie über Kopfschmerzen und Athemnoth, verrichtete aber ihre Arbeiten bis vor etwa 4 Monaten, schlief dann nicht mehr, behauptete, sie könne nicht mehr essen, nicht athmen, müsse fort von der Welt. Hierselbst war Patientin äusserst ängstlich, klagte und jammerte, sie sei todt, das Blut wäre ihr

Digitized by Google

erstarrt, es ginge nichts mehr hinunter. Die Aeusserungen geschahen in weinerlichem, näselndem Tone, blieben aber häufig ganz unverständlich, da die einzelnen Sätze mit grosser Hast hervorgestossen und oft garnicht erst vollendet wurden. Auf die Frage, warum sie denn so undeutlich spreche, gab sie jedesmal zur Antwort, sie könne nicht anders, sie habe keine Zunge mehr, nur noch ein paar Lappen, oder sie habe nichts mehr im Munde. Wiederholt bat sie, ihr doch in den Mund zu fühlen und zu constatiren, dass nichts mehr darin sei, fasste auch in grosser Hast und Angst nach den Fingern des Arztes und tastete damit den Gaumen ab, während sie die Zunge möglichst nach hinten zu bringen suchte. In der Folge wurde die Sprache immer lallender und unverständlicher und beschränkte sich zuletzt auf das Ausstossen einzelner lallender Laute. Die weitere Beobachtung des interessanten Falles wurde durch den nach Verlauf einiger Wochen erfolgten Exitus beendet.

Bei dem ersten der beiden Fälle, deren Krankengeschichten ich in aller Kürze mitgetheilt habe, waren Vergiftungswahnvorstellungen vorausgegangen; erst dann entwickelte sich immer bestimmter die Wahnidee der Kranken, die Zunge sei ihr rausgedreht worden, und erst dann begann sie, wenn auch ihre Sprache von vornherein etwas nuschelndes hatte, zu lallen und sich auf einzelne lautliche Aeusserungen zu beschränken, wobei durch Monate hindurch und auch später, als sie wieder etwas deutlicher sprach, dieselben Aeusserungen gleichsam mechanisch und zwangsmässig unzählige Male wiederholt wurden. Bei dem zweiten Fall trat die lallende Sprache ganz plötzlich hervor, nachdem die Kranke in der ersten Zeit nichts auffälliges in ihrer Sprechweise geboten hatte, hielt indessen nur so lange vor, als die wahnhaften Vorstellungen gerade auf dieses Gebiet gerichtet waren, und endete zuletzt mit anhaltendem Mutacismus, in gleicher Weise, wie in einem dritten Falle mit schweren hypochondrischen Wahnvorstellungen und langdauernder Nahrungsverweigerung, bei dem die anfangs hervortretende grosse Geschwätzigkeit allmählich in Stummheit überging, die nur selten von einzelnen ächzenden oder lallenden Lauten unterbrochen wurde.

Die äussere Aehnlichkeit, welche beide erstgenannten Fälle durch ihre bald mehr, bald weniger hervortretende, undeutliche und lallende, häufig an die Ausdrucksweise von Kindern erinnernde Art zu sprechen mit einigen anderen Fällen haben, in denen dieselbe Erscheinung, einmal auch schriftlich zu Beobachtung kam, veranlasst mich, noch einige Beispiele davon anzuführen.

Fall III. Eine Kranke, die an circulärem Irresein leidet und sich noch in der hiesigen Anstalt befindet, sprach während der melancholischen Phase einmal mehrere Wochen lang in lallender, ganz an die Sprache eines Kindes erinnernder Weise und schrieb auch mehrere Briefe in derselben Art[1]). Ich theile als Beispiel kurz den einen derselben mit.

---

[1]) Der Fall ist ausführlich mitgetheilt in der Dissertation von *Georg*

„Meine arme Tetel!

Wenn is doch todt würe und du auch und Willy, bitte Gott, aber weiss nicht, ob er mich erheren wird. Tetel vor 8 Tagen Erseinung hier, sagten were Tetel du, aber war todt. Tetel ein so untlückliches Leben, wie ich geführt, nicht mehr, nur 14 Tage bin ich lücklich west, weil Pflicht gethan und nur tlücklich, wenn man Pflicht thut, habe dies tanz leicht erzogen, habe teine Liebe habt, weil ich Teufel bin. Soebe Willy soll sich Leben nehmen ist das Beste was er thun tann. War slecht Tochter, slecht Swester, slecht Gattin, sehr slecht Mutter und möchte tern terben. Jebe Tete, mies recht war, dass du reiten wolltest. Das du mit Liebe an S. hängt, hat Dir Liebe von deinem engeltuten Mann raubt."

Zwischendurch sprach sie immer wieder ganz correct und führte einmal als Grund für ihre eigenthümliche Ausdrucksweise an, sie könne nicht anders, sie müsse so sprechen. Später hatte sie nur noch eine dunkle Erinnerung dafür, ohne eine weitere eingehendere Erklärung angeben zu können.

Fall IV. Aus der Krankengeschichte einer an periodisch-hysterischem Irresein leidenden Patientin entnehme ich kurz folgendes. Die Kranke hatte wiederholt während der Höhe des Krankheitsprocesses die wahnhafte Vorstellung, ein Kind zu sein und musste dann auch lange Zeit so lallend und oft mit eigenthümlicher Betonung sprechen. Durch lebhafte Modulation der Stimme und stark nasalen Timbre, ferner durch die mit Vorliebe in der Ausdrucksweise gebrauchte Anwendung der 3. Person, wenn sie von sich selbst sprach, gewann die Sprechweise etwas sehr eigenartiges und charakteristisches. Auf die Frage, warum sie nicht ordentlich spreche, antwortete sie meist: die tan es nicht saggen, die tan es nicht wissen. Später sprach sie mehr in gutturalen Lauten z. B. Sie chann es nicht saggen. (Zeigen Sie die Zunge!) Der kann sie nicht aufmachen, der Purnemeng, der Knurnemeng. (Aber sprechen Sie doch ordentlich!) Ich chab meine eigene Sprache, auch Sie, Herr Doctor, sprechen manchmal anders! (Da irren Sie sich!) Nein, nein, da hirren Sie sich! Auch später noch in der Reconvalescenz erhielt sich bei einzelnen Worten, z. B. bei dem Worte „ich" die stark gutturale Aussprache.

Fall V. Das Sypmtom des lallenden Sprechens, vermischt mit Wortneubildung und dialektischer Färbung trat ferner bei einer etwa 50jährigen Schneiderfrau V. auf, die nach einem mehrmonatlichen stuporösen Zustand heftig erregt wurde, viel schwatzte und tactmässig im Kreise herummarschierte, indem sie dabei nach Kinderart verschiedene Musikinstrumente zu imitiren suchte. Gelang es, sie zu einer Auskunft zu bringen, dann sprach sie alles in hohem, singenden Tone unter Lallen und Bildung neuer Worte, die sie gewissermaassen declinirte und conjugirte, z. B. gejache, gejeche,

---

Köhler, ein casuistischer Beitrag zur Lehre von dem circulären Irresein: Halle 1889.

Digitized by Google

gejoche, legoni, Ragoni Ranoni, oni, noni, pamponi, lichte, dichte, tief biste oder: i bomm ni, i bomm ni, bomm ni, nee, i bomm ni, didden, dudden, dadden — i ha ni denimmt, in tube oben in Bett ni autien — gickela, gickela, gackela, gockela, lat mi do dein, di propoppo. (Als ihr ein Goldstück gezeigt wird): Dat it e Ducate. (Auf die Frage, wer sie sei:) I bin e Vugel, e Vudel, a Kudel, a Polacce, Pullacce, Pultakke ...

Fall VI. Sehr interessante Beispiele von Wortverdrehungen und lallender Sprache bietet ferner eine erst seit kurzer Zeit hier aufgenommene 60jährige Kranke, Marie L., die indessen selten Auskunft zu geben bereit ist, und von der ich daher, ohne auf den Fall näher einzugehen, nur einzelnes mittheilen kann.

(Wo sind Sie hier) Ich week nich — ich week doch nich, beetz nich. (Haben Sie gegessen?) Kristerle gassen. (Zählen Sie mal!) Sssei, ssei, ssei . . 1889: — jach juch — jachu, junein — zieh. (Sprechen Sie Flanellappen!) Planelplappen — Planelplappen pappen — Latbell bappen — Flanellplappen — Fanellplappen. (Sagen Sie mal Artillerie!) jat jallali — get attali — lillerli — glillerli u. s. w.

In anderen Fällen, wie bei einer hier von acuter Paranoia genesenen Kranken, kommt es zur Production derartiger kindischer und kindlicher Sprachverdrehungen während der Krankheit selbst nicht, und erst hinterher erfuhr man von der Patientin, dass sie eine Zeit lang in dem Wahne gelebt hatte, ein Kind zu sein, und erst ein bestimmtes Alter erreicht zu haben glaubte.

Dass auch andere Kranke, namentlich Maniaci, sich gelegentlich in Wortverdrehungen gefallen, ist bekannt und begnüge ich mich mit der Anführung eines kurzen Beispiels. Eine Maniaca sprach z. B. statt Artillerie mallerli oder maschalschi, statt Gardeartillerie: gadde — maschi — allaschi u. s. w.

Das Gemeinsame der angeführten Erscheinungsformen, deren Aufzählung ich hiermit, um den Rahmen des Vortrags nicht zu überschreiten, abbreche, die aber schon deshalb keinen Anspruch auf Vollständigkeit machen kann, weil es sich in den angeführten Fällen nur um weibliche Kranke handelt, liegt in der bei den verschiedensten Irreseinsformen zur Beobachtung gekommenen Störung der formalen Lautsprache, als deren charakteristische Eigenthümlichkeit hierbei das bei allen derselben hervortretende, stark an die Sprache von Kindern erinnernde lallende und undeutliche Sprechen in die Erscheinung trat. Wir begegneten diesem Symptom zunächst bei hypochondrischen Kranken, ferner bei Fällen von Verwirrtheit, bei Maniacis, in der Melancholie des circulären Irreseins, bei Hysterie und bei der Paranoia. Zum Theil entsprach auch das äussere Gebahren und der Tonfall der Stimme der Kranken, deren Altersgrenze sämmtlich jenseits der 40er Jahre lag, dem Verhalten von Kindern. Eine Auskunft und Begründung ihres abweichenden Verhaltens konnte ich nachträglich nur von einigen Kranken erhalten. Drei derselben, von denen

zwei in die Genesung kamen, waren nach ihrer Aussage eine Zeit lang von der sich ihnen zwangsmässig aufdrängenden Wahnvorstellung, Kinder zu sein und erst ein bestimmtes Alter erreicht zu haben, befangen und mussten dies auch durch ihr gesammtes äusseres Verhalten, zum Theil auch durch ihre Redeweise ausdrücken. Die eine Patientin glaubte eine Zeit lang von den Wärterinnen wie ein Kind behandelt zu werden. Die beiden erstgenannten hypochondrischen Kranken führten zur Begründung ihres lallenden Sprechens abnorme Empfindungen in der Zunge, resp. das Fehlen der letzteren selbst an, der eine Fall mit zeitweiser, zwangsmässiger Wiederholung derselben Aeusserungen. Bei den übrigen Fällen ist mir die Eruirung der das abweichende Verhalten im Sprachgebiet begründenden Vorstellungen aus dem Munde der Kranken selbst nicht möglich gewesen.

Eine übersichtliche Darstellung der vorgenannten, insgesammt als Dysphrasien zu bezeichnenden Störungen der Lautsprache giebt *Kussmaul*[1]). Er beschreibt sie als Stammeln und Lallen, Dyslalia, Alalia, Mogilalia, Paralalia. *Preyer*[2]) führt eine Anzahl von Beispielen ähnlicher Fälle an, wie sie unter dem Namen des Lambda- und Paralambdacismus, Sigma- und Parasigmatismus, Gammacismus etc. bei Kindern häufig zur Beobachtung kommen. In den Arbeiten anderer Autoren, welche sich mit den formalen und syntactischen Störungen der Lautsprache bei Geisteskranken beschäftigt haben, wobei ich nur an die Namen von *Snell*, *Bergmann*, *Nasse*, *Martini*, *Brosius*, *Kahlbaum*, *Hecker*, *Roller*, *Neisser*, *Cramer* und anderer erinnere, welche zahlreiche Beispiele von Wortneubildungen, Wortverdrehungen, und abweichender, charakteristischer, häufig den Eindruck des Zwangsmässigen, Automatischen hervorrufenden Sprechweise, wie sie namentlich oft in der zuerst von *Kahlbaum* beschriebenen Form der Verbigeration hervortritt, mittheilen, finde ich den unsern direct analoge Fälle nicht verzeichnet, doch möchte ich nicht anstehen, letztere den übrigen bekannten Fällen von zwangsmässigem Sprechen an die Seite zu setzen. Der Einfluss der körperlichen Sensationen, sowie der Vorstellungen auf die motorischen Erscheinungen, wie er in psychopathischen Fällen in impulsiver Weise in der Art hervortritt, dass das blosse Auftauchen einer bestimmten, dem Kranken sich aufdrängenden Vorstellung genügt, um zwangsmässige Bewegungen allgemeiner oder, wie in unseren Fällen, sprachlicher Natur zu veranlassen, ist, wie *Pick* in seiner kleinen Abhandlung „zur Lehre von den sogen. hypochondrischen Anfällen nebst Bemerkungen zur Pathologie der motorischen Sprachvorstellungen“ (Prager Wochenschrift 1889, No. 13) hervorhebt, bereits von älteren Autoren, wie *Baillarger*, *Domrich*, *Jessen*, *Griesinger*, ferner von *F. Nasse*, *Solbrig* und anderen betont worden, indessen ist ein weiterer Fortschritt hauptsächlich erst durch die Studien *Stricker*'s über die Sprachvorstellungen, die hypothetischen

[1]) Stör. d. Sprache p. 240.

[2]) Seele des Kindes.

Anschauungen *Meynert*'s über die Bewegungsvorstellungen und andere neuere Arbeiten ermöglicht worden, auf die gestützt neuerdings *Cramer* seine interessante Abhandlung über die Hallucinationen des Muskelsinnes veröffentlicht hat. Analog der in letzterer Arbeit niedergelegten Anschauung über das Zustandekommen des Zwangsredens nehme ich auch für unsere Fälle, die fast alle ausserdem Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen darboten, während das zwangsmässige Sprechen öfter mit stuporösen Zuständen und völliger Stummheit abwechselte, an, dass die eigenartigen, an die Sprache von Kindern erinnernden Aeusserungen durch Zwangsvorstellungen, resp. hallucinatorische Erregungsvorgänge in der Bahn des Muskelsinns des Sprachapparats veranlasst wurden.

Zum Schluss möchte ich in Bezug auf die beiden ersten mit hypochondrischen Sensationen in der Zunge einhergehenden Fälle noch hinzufügen, dass neuerdings Prof. *Bernhardt* (Berlin)[1]) auf eine wenig bekannte Neurose der Zunge und Mundhöhle aufmerksam gemacht hat, welche zumeist bei Frauen vorkommt. Die Kranken klagten über ein unangenehmes Prickeln und Brennen in der Zunge, welche sie oft am Sprechen hinderte, und wurden namentlich von der Furcht, an Krebs zu leiden, geängstigt. Die Kranke *Pick*'s[2]) heulte und bellte öfter, wie ein Hund und erklärte, während sie früher viel gebetet habe, jetzt oft nicht beten zu können, es halte ihr die Zunge, es sei wie ein Krampf, sie könne sie dann nicht bewegen. *Wollenberg*[3]) theilt mehrere Fälle von hypochondrischen Kranken mit, welche öfter wie Hunde bellten und heulten, unarticulirte Laute ausstiessen und über Behinderung beim Sprechen klagten. *Boedecker*[4]) berichtet über seltnere Sprachstörungen bei Hysterischen mit Aeusserungen unarticulirter, stark vibrirender, manchmal an die Sprache von Paralytikern erinnernder Laute. Ohne auf den Inhalt der letztgenannten Arbeiten an dieser Stelle weiter einzugehen, möchte ich annehmen, dsss die erwähnten Eigenthümlichkeiten der Sprache insgesammt auf Störungen des centralen Sprechmechanismus, resp. auf zwangsmässig dem Kranken sich aufdrängenden Vorstellungen beruhen, welche „modificirend auf die Function der transcorticalen Leitungen einwirken“[5]).

---

[1]) Ueber eine weniger bekannte Neurose der Zunge und der Mundhöhle. *Mendel*, Centralblatt 1890. No. 13.

[2]) In seiner oben citirten Arbeit.

[3]) Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der psych. Anfälle bei Hypochondrie. Charité-Annalen p. 349 ff.

[4]) Seltnere Formen von Sprachstörungen bei Hysterie. Ebenda p. 373 ff.

[5]) *Wernicke*, Aphasie und Geistesstörung, Deutsche med. Wochenschr. 1890, No. 21.

Italiens Irrenwesen im Anfang unseres Jahrhunderts.

Von

Dr. *M. Fraenkel*-Dessau.

Die Errichtung einer Gedenktafel an dem Geburtshause *Vincenzo Chiarugi*'s in Empoli mahnt zur Erinnerung an die Zustände, in denen die Psychiatrie zu Ausgang des vorigen Jahrhunderts sich befunden hat und welcher Art die befreiende That gewesen sein muss, für welche ein *Chiarugi* sich den Titel „Principe dei freniatri" [1]) erwarb und für welche ein *Pinel* mit seinem Kopfe zu haften hatte.

Es steht fest, dass nicht *Pinel*, sondern *Chiarugi*, der *Pinel* Italiens, der erste war, der im Jahre 1786 den Geisteskranken die Ketten abnehmen liess und eine mildere Behandlung in die Irrenhäuser einführte.

Wie es gleichwohl noch im Jahre 1811 in denselben ausgesehen hat, ersehen wir aus der Schrift eines unparteiischen Zeitgenossen (Bemerkungen über ärztliche Verfassung und Unterricht in Italien von *Eduard von Loder*, Prof. zu Königsberg i. Pr., Leipzig bei C. Cnobloch 1812), der der hervorragendsten unter den Irrenanstalten damaliger Zeit, San Bonifazio, die Anerkennung zwar nicht versagt, aber auch dem Begründer derselben, *Chiarugi*, die bei seinem Besuche vorgefundenen Mängel persönlich auszusprechen nicht unterlassen hat.

Hören wir ihn selbst (S. S. 330 u. ff.).

„Es gab vordem 2 Irrenhäuser in Toskana, eins in Florenz, das andere in Siena. Beide wurden nachher in dem ersteren vereinigt. Dr. *Chiarugi* erwarb sich den Ruhm, das erste Bild einer menschlicher eingerichteten Irrenanstalt in Italien aufgestellt zu haben. Als grossherzoglicher Leibarzt und Director des Spitals zu S. Bonifacio brachte er es im J. 1787 dahin, dass die Irrenanstalt in das unter ihm stehende Krankenhaus verlegt und ein Theil desselben zu diesem Behufe neu ausgebaut wurde.

Unstreitig ist dieses Irrenhaus, seiner ganzen Einrichtung zufolge, das beste in Italien, ja besser als die mehrsten in andern Ländern; — gleichwohl noch weit von dem Ideal eines psychischen Krankenhauses entfernt. Die Kranken sind menschlich darin gehalten, allein die ganze Anlage ist derartig, dass — wer darin genest, es nur seiner guten Natur zu danken hat. Der Plan ist dem des Narrenthurmes zu Wien sehr ähnlich, wenngleich die Ausführung unendlich vernünftiger ausgefallen ist. Die Anstalt besteht in 4 Gebäuden, die einen Hofraum umgeben, der von einem fünften quer durchschnitten ist. Die Gebäude haben 2 Stockwerke. Jedes der

---

[1]) Die Inschrift der Gedenktafel lautet: In questa casa degli Avi suoi nacque il di 17 Febbrajo 1759 — *Vincenzo Chiarugi* Principe dei Freniatri. — Die Feierlichkeit fand in Gegenwart von *Vincenzo*'s Enkel Dr. *Chiarugi* im Juni des Jahres 1890 statt.

Digitized by Google

letztern durchschneidet ein langer Gang, zu dessen beiden Seiten grössere und kleinere Zellen sich befinden. — Die beiden Geschlechter sind in den beiden Stockwerken getrennt. „Dem Gebäude nach ist keine Sonderung der Heilbaren und Unheilbaren möglich: Nur das den Hof durchschneidende Gebäude macht einige Absonderung. Hier bewahrt man diejenigen Kranken, die den meisten Lärm machen. — Die Zellen haben je 1 Fenster mit starken Eisengittern statt der Glasscheiben und neben der Thür eine Oeffnung, in welcher eine marmorne Tafel sich herumdreht (mit 3 napfförmigen Aushöhlungen zur Aufnahme der Speisen für Kranke, die das Geschirr umherwerfen). Ein starkes hölzernes Bett ist an den Fussboden angeschraubt und ein Nachtstuhl mit Abzug in benachbarte Kloake eingemauert. In der Thür befindet sich ein Drahtfenster anstatt Glases zum Einblick in das Zimmer; in letzterm weder Tisch, noch Stuhl, noch anderes Geräth. Jede Zelle wird von 1, höchstens von 4 Kranken bewohnt. Zum Essen haben sie einen hölzernen Löffel, oder auch den nicht einmal und müssen sich der Hände bedienen."

„Sind die Kranken tobsüchtig oder schaden sie sonst auf irgend eine Weise, so werden sie zwar nicht mit Ketten festgeschlossen, jedoch mit Gurten in dem Bette angeschnallt. — Die englischen Zwangswesten hält *Chiarugi* für unzweckmässig und lässt daher die Tobsüchtigen durchgehends mit breiten Gurten in einer ganz ausgestreckten Lage, mit den Händen kreuzförmig auf beiden Seiten und mit den Füssen unten am Bett festschnallen, so dass sie nur Kopf und Rumpf biegen können. Zur Essenszeit aber muss man sie loslassen, damit sie vor die beschriebene Marmortafel treten können — — an deren Ecken Melancholische sich den Kopf einrennen können." — Die Bäder sind nicht hinreichend, weder an Ausdehnung, noch an innerer Einrichtung. Für Zerstreuung der Kranken ist gar keine Gelegenheit vorhanden. Die ruhigen Kranken lässt man mehrentheils in den Gängen frei umhergehen. Zur Bewegung im Freien dient nur der enge, rings umschlossene und kaum von der Sonne beschienene doppelte Hofraum. Krankenwärter sind in jedem Stockwerk 7, bei Männern männliche, bei Weibern weibliche. Kein Kranker darf körperlich gezüchtigt werden. — Die Zellen sind weissgetüncht und werden täglich rein gescheuert, müssen den Kranken aber doch bei der ganzen Einrichtung nur wie Kerker vorkommen. Ein jeder hört das Geschrei von allen Seiten. — Sie sind dem Geräusch der Stadt nicht entzogen und schweben bei den engen Gebäuden sogar in mancher Gefahr (z. B. bei Feuersbrünsten).

Die Anstalt enthielt im Julius 1811: 262 Irrende, nämlich 129 Männer, 133 Weiber. Selten gelingt es, Personen geheilt zu entlassen, und viele von diesen kommen bald mit Rückfällen wieder." *Fraenkel.*

Reichsgerichts-Entscheidung. Verbringung eines Kranken in eine Irrenanstalt.

Aus den Gründen: Der Angeklagte erhebt durch seinen Vertheidiger Revision deshalb, weil dem Antrage des letzteren, den Angeklagten zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine öffentliche Irrenanstalt unterzubringen und das Gutachten des Anstaltsdirectors darüber zu erheben, ob der Angeklagte in Folge von Epilepsie zur Zeit der That in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befand oder befinden konnte, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war oder doch ausgeschlossen sein konnte, nicht stattgegeben und durch den ablehnenden Beschluss des Gerichts die Vertheidigung in unzulässiger Weise beschränkt worden sei.

Der Revision kann nicht stattgegeben werden. Die Maassregel, welche in Rede steht, ist die in § 81 St.P.O. behandelte. Dort ist zwar in Abs. 3 gegen den Beschluss die sofortige Beschwerde zugelassen, es muss jedoch angenommen werden, dass diese Bestimmung durch § 347 St.P.O. modificirt ist, so dass Beschlüsse, welche, der Urtheilsfällung vorausgehend, von dem erkennenden Gerichte gefasst sind, nicht der Beschwerde, sondern nur den gegen das Endurtheil zulässigen Rechtsmitteln unterliegen (vergl. auch § 375 St.P.O.).

Es muss ferner der Revision zugegeben werden, dass die Maassregel des § 81 auch dann getroffen werden kann, wenn es sich nur um denjenigen Geisteszustand des Angeschuldigten handelt, in welchem er sich zur Zeit der That befunden hat; denn § 81 unterscheidet nicht danach, ob der Geisteszustand des Angeschuldigten zur Zeit der That oder zur Zeit der veranlassten gerichtlichen Verhandlung oder für beide Zeitpunkte in Zweifel gezogen ist, und es liegt kein Grund vor, die Erforschung der Wahrheit in der Art zu beschränken, dass die Maassregel unzulässig sein sollte, wenn der Sachverständige sie beantragt, um aus dem gegenwärtigen Zustande des Angeschuldigten Rückschlüsse auf den Zustand desselben zur Zeit der That ziehen zu können, auch wenn der Angeschuldigte zur Zeit der Verhandlung nicht geisteskrank ist. Dennoch ist die Revision unbegründet, schon deshalb, weil die Vorbedingung der Maassregel für das Gericht nicht gegeben war, dass ein Sachverständiger dieselbe beantragt hat, wie dies § 81 Abs. 1 a. a. O. erfordert. Nach dem Gesetz soll der schwere Eingriff in die persönliche Freiheit, welcher mit der Unterbringung in einer öffentlichen Irrenanstalt zum Zwecke der Beobachtung verbunden ist, nicht vom Gerichte allein, sondern nur dann verfügt werden können, wenn ein Sachverständiger erklärt, ohne längere Beobachtung ein Gutachten nicht abgeben zu können. In vorliegendem Falle wurden drei Sachverständige gehört, von keinem derselben aber die Maassregel des § 81 beantragt. Der Vertheidiger konnte dieselbe zwar anregen; wenn sich aber nicht ein Sachverständiger den Antrag aneignete, durfte das Gericht, ohne das Gesetz

Digitized by Google

zu verletzen, dieselbe nicht bewilligen. Die Beschwerde ist also unbegründet. Sie ist es aber auch deshalb, weil selbst dann, wenn ein Sachverständiger die Maassregel beantragt hat, dieselbe nur nach Ermessen des Gerichts verhängt werden kann. Dadurch, dass das Gericht von seinem Ermessen im verneinenden Sinne Gebrauch macht, kann das Gesetz nicht verletzt werden.

Die Frage, ob ein thatsächlicher Anlass zu längerer Beobachtung eines Angeschuldigten vorliegt, ist eine Thatfrage, die das Revisionsgericht nicht entscheiden kann. Dies ist selbst bei gewöhnlichen Beweisanträgen der Fall, obgleich das Gericht die Pflicht hat, denselben stattzugeben, wenn sich eine bessere Aufklärung der Sache als möglicher Erfolg der Beweiserhebung darstellt. Trotzdem kann das Revisionsgericht die Richtigkeit der Entscheidung nicht prüfen, wenn dieselbe thatsächlich, im Zusammenhange mit dem gesammten Beweisergebnisse, begründet ist, sondern nur dann, wenn die Begründung ungenügend ist, oder wenn aus derselben ein Rechtsirrthum hervorgeht. Die Maassregel des § 81 aber, bezüglich welcher nur das Gehör eines Vertheidigers angeordnet, demselben aber nicht ein Antragsrecht eingeräumt ist, kann mit Beweisanträgen nicht auf eine Stufe gestellt werden. Deshalb kann auch von Verletzung der §§ 243, 260, 377 Ziff. 8 St.P.O. durch Ablehnung des Antrages nicht die Rede sein, und die Berufung auf das Urtheil des Reichsgerichts, III. Senats, vom 20. Sept. 1882 (Entsch. d. R.G. in Strafs. Bd. 7, S. 76, Rechtspr. Bd. 4, S. 702) ist unbehelflich, da in demselben nur von Beschlüssen über die Erheblichkeit von Beweisanträgen die Rede ist und auch dort die Aufhebung des Instanzurtheiles nur erfolgte, weil die Motivirung eines einen Beweisantrag ablehnenden Gerichtsbeschlusses ungenügend war, ein Vorwurf, der dem Beschlusse des Schwurgerichts vom 28. Febr. 1890 nicht gemacht werden kann (Erk. des R.G., I. Strafsen. vom 1. Mai 1890. Entsch., Bd. XX u. Deutsche Med.-Zeit. 1891 No. 16).

Aus Halle. — Die feierliche Eröffnung der psychiatrischen Klinik in Halle für 110 Kr., der ersten in Deutschland in dieser Ausführung, war ein Festtag nicht nur für die Universität daselbst, sondern auch für die deutsche Psychiatrie. In der Nähe der übrigen Kliniken in Pavillonsform erbaut, kann man von ihren Zinnen in der Ferne noch das alte Gebäude sehen, in dessen Räumen *Reil*, *Fr. Nasse*, *Damerow* einst die Grundlage ihrer irrenärztlichen Bildung legten, durch welche sie berufen waren, neue Bahnen der Entwicklung der deutschen Psychiatrie zu gewähren. Der Tag war gleichzeitig ein Jubiläumstag, an welchem vor 50 Jahren die Stände der Prov. Sachsen in wohlverstandenem Interesse der Provinz die Geldmittel zu den ihnen vorgelegten Plänen der Irrenanstalt zu Nietleben gewährten und so eine Reform der Irrenpflege begannen, welche in der jetzt eröffneten Klinik ihren Gipfel erreicht zu haben scheint.

Die Spitzen der Behörden und der Universität, unter ihnen der neue Chef des Unterrichtsministerii, Herr von Zedlitz, nebst einer Anzahl Specialcollegen wohnten der Feier bei. Nach einer Eröffnungsrede des Directors der Klinik, Prof. Dr. *Hitzig*, an welche er eine Demonstration mit dem neuen Projectionsapparat anschloss, wurden seine Verdienste durch Verleihung des Rothen Adlerordens mit der Schleife und der Zusage von Seiten des Herrn Ministers belohnt, in ähnlicher Weise sich des Ausbaues der psychiatrischen Kliniken in Preussen annehmen zu wollen.

Der Bau ist ebenso freundlich wie zweckmässig ausgeführt und mit manchen neuen den Fortschritten der Technik entsprechenden Einrichtungen versehen worden. Die Anstalt besteht aus 11 Gebäuden. Nach der Strasse zu ist das Hauptgebäude mit dem 6 m hohen Hörsaal und seinen 72 Sitzplätzen gelegen, als Flügelbauten daran je eine Krankenbaracke, worin 2 Säle mit je 10 Betten und 5 Einzelzimmer. Die Fenster sind nicht vergittert, sondern mit einer das Aussteigen verhindernden Theilung versehen. Diese Baracken dienen als Aufnahme- und sogen. Ueberwachungsstationen, in deren 2. Saale vorzugsweise Nervenkranke sind.

30 m rückwärts stehen 2 Villen, zwischen ihnen das Wirthschaftsgebäude, für je 21 Kranke bestimmt und mit Ess-, Wohn- und 6 Schlafzimmern versehen. 22 m noch weiter zurück liegen 2 einstöckige Isolirhäuser für je 5 Kranke, getrennt durch das Kesselhaus, noch weiter hin Leichenkapelle und Hundestall.

Die Gebäude stehen in Gartenanlagen und 69 a Land sind für die Beschäftigung der Kranken mit Gartenarbeiten disponibel geblieben. Der ganze Complex ist von 3 Seiten von einer 2,50 m hohen Mauer, nach der Strasse zu durch ein Gitter abgeschlossen. *L.*

Aus Pommern. — Mit welchen Opfern die Provinz Pommern ihr Irrenwesen kräftig zu entwickeln bereit ist, ergiebt sich aus den Bewilligungen des Prov.-Landtages vom 13. März c. dafür. Sie bestimmte und nahm zu einer Anleihe ihre Zuflucht, dass 50 000 M. zur Deckung des Mehrverbrauchs bei dem Neubau der Irrenanstalt in Lauenburg, 800 000 M. für den Erweiterungsbau derselben Anstalt, 30 000 M. zum Bau eines neuen Viehstalles bei der Irrenanstalt für Rügenwalde, 40 000 M. zum Bau eines Wohnhauses für den Director und den Rendanten derselben Anstalt, 800 000 M. zur Erweiterung der Irrenanstalt in Ueckermünde verwandt werden.

Provinz Posen. — Der Provinzial-Landtag bewilligte zur Erbauung einer zweiten Prov.-Irrenanstalt auf dem zu diesem Zwecke erworbenen Gute Dziekanka als erste Baurate 500 000 M.

Aus Schlesien. — Zur Erweiterung der Prov.-Irrenpflege sind die vom vorigen Landtage bewilligten 600000 M. nahezu aufgebraucht; es werden weitere 600000 M. bewilligt. Es wird beabsichtigt, in fast allen Anstalten Erweiterungsbauten vorzunehmen und für die Anstalt in Tost durch Benutzung der Räume des nach Schweidnitz verlegten Land-Armenhauses die Zahl der Stellen bedeutend zu erhöhen. Bei der Anstalt zu Leubus werden wieder die in den Verhältnissen begründeten hohen Verpflegungskosten bemängelt und angeregt, die dortigen Gebäude zur Unterbringung der Alten und Kranken des Alters- und Invaliditätsgesetzes zu verwenden.

40000 M. werden zum Bau eines Hauses für männliche Epileptische bei dem Samariter-Ordensstift zu Kraschnitz bewilligt.

Fahrpreisermässigung für Geisteskranke in Mecklenburg. — Die Eisenbahnverwaltung gewährt mittellosen Kranken sowie ihrem Begleiter bei ihren Reisen nach und von der Irrenheilanstalt Sachsenberg eine Ermässigung dadurch, dass bei der Benutzung der dritten Wagenklasse der Militärfahrpreis erhoben wird. Nachzuweisen ist 1. die Mittellosigkeit durch die Ortsbehörde, 2. der Nachweis der gewährten Aufnahme durch die Anstalt oder durch den behandelnden Arzt, 3. für den Begleiter ist eine besondere Bescheinigung erforderlich.

Die Direction des Deutsch-Nordischen Lloyd sowie die Vorstände der Parchim-Ludwigsluster und der Mecklenburgischen Südbahn haben sich zu gleicher Fahrpreisermässigung bereit erklärt (Bekanntmachung des Grossh. Mecklenb. Minist. d. Innern v. 21. Mai 1891).

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Herausgegeben von *W. Erb*, *L. Lichtheim*, *Fr. Schultze* und *Ad. Strümpell*, in zwanglosen Heften, 6 einen Band von ca. 30 Bogen: 16 M. — Sie bestrebt, dies Gebiet wieder mit der „inneren Medicin“ in nähere Verbindung zu bringen.

Manicomio Chiarugi in Florenz. — Die ehemalige Musteranstalt S. Bonifazio, die nachgerade sehr viel zu wünschen übrig liess, ist durch einen Neubau ersetzt worden, der, nach dreijähriger „fieberhafter“ Arbeit unter den Vorschlägen *Tamburini*'s vom Baumeister Roster aufgeführt, am 9. September v. J. eingeweiht und zu Ehren Chiarugi's mit dessen Namen belegt wurde.

Die Anstalt befindet sich jetzt ausserhalb, in geringer Entfernung nordöstlich der Stadt, am Fusse der Hügel von Fiesole und umfasst ein Terrain von 20 Hektaren. Drei mittlere Pavillons enthalten 1) die Wohnungen für die Beamten, 2) die Wirthschaftsräume, der dritte die Wäscherei

und Kapelle, und sind mit den seitlich getrennten Abtheilungen für die kranken Männer und Frauen durch gedeckte Gallerien und ausserdem durch darüber befindliche Terrassen verbunden. Jede Abtheilung enthält 6 Pavillons, davon 2 für ruhige, 2 für halbruhige, 1 für Tobende und 1 für leiblich Kranke; letztere beiden an den äussersten Theilen, im Ganzen für 600 Kranke. Dazu kommen noch gänzlich getrennte Villen für Pensionäre und — eine Colonie.

In dem auch künstlerisch hervorragenden, mit allen Erfordernissen der modernen Wissenschaft für Hygiene und Comfort, luftigen Schlafsälen, eleganten Sälen für Tagesaufenthalt, Gärten, Arbeitssälen, ausgestatteten Bau, sorgen für Central-(Dampf-)Heizung, Wäscherei, elektrische Beleuchtung, Wasserleitung, Ventilation, Küche und Bäder, 4 Dampfmaschinen. Anstatt der Vergitterung in den Tobzellen dienen zolldicke Glasscheiben. Jede Abtheilung hat ihr eigenes Bad. Eine besondere Neuheit ist die Trennung der Sectionen durch mit Jute gefütterte Metallnetze anstatt gemauerter Wände. Ueber Closet-Einrichtung ist nichts erwähnt (s. Archiv. ital. p. l. mal. nerv. e. alien. ment. A°. XXVII. f. VI. 1890). *Fraenkel.*

Die New-York State-Commission in Lunacy — hat beschlossen, 1) dass jeder im Irrenhause befindliche Kranke mindestens alle 14 Tage an Verwandte schreiben oder schreiben lassen darf. Werden derartige Briefe beschlagnahmt, so sind sie mit Angabe der Gründe für die Beschlagnahme an die Commission einzusenden. Alle an Staatsbeamte, Gerichtshöfe und Bezirksanwälte gerichteten Briefe müssen ohne Prüfung sofort abgesandt und in dem Falle, dass der Kranke das Porto nicht bezahlen kann, von der Anstalt selbst postfrei gemacht werden. Und 2) dass kein Anstalts-Geisteskranker, der nach dem Urtheile des Anstaltsarztes sich oder Anderen gefährlich ist, auf Zeit entlassen werden darf, dass im Uebrigen eine solche Urlaubszeit niemals 30 Tage überschreiten darf, dass ein entflohener Patient mit allen Mitteln wieder einzufangen ist, und endlich, dass ein auf Zeit entlassener oder entwischter Kranker, der innerhalb 30 Tage nicht zur Anstalt zurückkehrt, aus der Anstaltsliste zu streichen und dass davon der Commission Nachricht zu geben ist. Ein solcher Kranker soll dann nur auf ein neues ärztliches Zeugniss wieder zur Anstalt zugelassen, die Kosten für Zeugniss und Rückkehr von der Anstalt getragen werden (Med. Record v. 29. Nov. 1890 u. Internat. Ctrlbl. 1891, April, p. 186).

Nekrolog *Kelp*'s. Am 17. Februar d. J. schloss die Augen nach einem langen und arbeitsreichen Leben der Senior des Vereins der deutschen Irrenärzte, der Obermedicinalrath Dr. *Kelp*, früher vieljähriger Director der Grossherzoglich Oldenburgischen Irrenheilanstalt zu Wehnen.

Mit ihm ist ein Mann von uns geschieden, der sich um die Verbesse-

by Google

rung des Irrenwesens und um die Errichtung einer Irrenheilanstalt in seinem engeren Vaterlande grosse Verdienste erworben hat, und dessen Namen in der Geschichte der Psychiatrie für alle Zeiten einen ehrenvollen Platz einnehmen wird.

Franz Anton Ludwig Kelp wurde am 25. März 1809 in Oldenburg geboren, woselbst sein Vater Apotheker war. Nachdem er das Gymnasium seiner Vaterstadt absolvirt hatte, begab er sich im Herbst 1827, um Medicin zu studiren, zunächst nach Göttingen, ging dann nach Heidelberg und später nach Berlin, woselbst er mit der Dissertation „De systemate salivali" promovirte. Am 13. Mai 1833 bestand er in Oldenburg das Staatsexamen mit Auszeichnung und erhielt den ersten Grad. Von October 1833 ab practicirte er als Arzt zunächst in Dedesdorf, einem kleinen Orte an der Weser, blieb dort einige Jahre und liess sich dann im Flecken Delmenhorst nieder. Hier wurde er am 28. Januar 1839 zum Kreischirurgus und am 2. Januar 1843 zum Kreisphysicus ernannt. Trotz einer umfangreichen und beschwerlichen Praxis fand er doch Zeit, die Fortschritte der Medicin weiter zu verfolgen, und war es vor allen das Gebiet der Psychiatrie, dem er sein lebhaftestes Interesse zuwandte. Sehr bald erkannte er, dass das Irrenwesen des Herzogthums Oldenburg keineswegs den Anforderungen der Wissenschaft und Humanität entsprach und hier Abhülfe um so nothwendiger war, als es an jeder Fürsorge für heilbare Geisteskranke fehlte und die einzige vorhandene öffentliche Irrenanstalt nur eine Bewahr- und Pflegeanstalt für präsumtiv unheilbare Kranke war. Auf seine Veranlassung regte dann das Collegium medicum im Jahre 1845 die Errichtung einer Irrenheilanstalt bei der Grossherzogl. Regierung an und stellte den Antrag, um zunächst eine Grundlage für weitere Pläne zu gewinnen, dass eine Zählung der Irren im Herzogthum nach einem bestimmten Schema vorgenommen werden möge. Die Regierung verfügte durch ein Rescript an die Aemter und die Kreisphysici vom 29. August 1845 die beantragten statistischen Aufnahmen und beauftragte den damaligen Kreisphysicus Dr. *Kelp*, dieselben zu einer umfassenden Irrenstatistik des Herzogthums Oldenburg zu verarbeiten, welche im 4. Bande dieser Zeitschrift erschienen ist.

Aus dieser Statistik ergab sich das überraschende und niederschlagende Resultat, dass die Zahl der Irren und Blödsinnigen im Herzogthum Oldenburg verhältnissmässig grösser war als in denjenigen anderen Theilen Deutschlands, für welche statistisches Material zur Vergleichung herangezogen werden konnte, und dass von den 636 gezählten Geisteskranken nur etwa 20 in Privatirrenanstalten und einige 60 in der Pflegeanstalt Blankenburg sich befanden.

Nachdem sich somit auf das Evidenteste das grosse Bedürfniss einer Irrenheilanstalt ergeben hatte, entwickelte das Collegium medicum in einem Berichte an die Grossherzogliche Regierung vom 1. Febr. 1847 die Gründe, aus denen es sich für die baldigste Errichtung einer Irrenheilanstalt unter

vorläufiger Beibehaltung der Pflegeanstalt Blankenburg und wegen der vermehrten Kosten gegen die Erbauung einer combinirten Heil- und Pflegeanstalt aussprach. Nach weiteren Verhandlungen und nachdem eine aus dem Kreisphysicus Dr. *Kelp* und dem Bauconducteur Hillerns gebildete Commission verschiedene deutsche Irrenanstalten besucht und über die Resultate ihrer Reise einen eingehenden Bericht erstattet hatte, wurde durch höchstes Rescript vom 7. August 1850 dieser Commission die Aufstellung eines speciellen Planes und Kostenanschlages für den Bau einer Irrenheilanstalt mit dem Bemerken aufgegeben, dass bei dem Plane davon auszugehen sei, dass demnächst ohne besondere Schwierigkeit die Pflegeanstalt mit der Heilanstalt verbunden werden könne. Die seitherigen Verhandlungen, die Gründe, welche für die Beschränkung des Planes auf eine Heilanstalt geltend zu machen waren und der von der Commission ausgearbeitete Plan wurden auf Veranlassung der Staatsregierung in einer von *Kelp* verfassten Schrift „Die neue Irrenheilanstalt für das Herzogthum Oldenburg" im Jahre 1852 dem Publicum vorgelegt. Nachdem der Plan einer weiteren Prüfung unterzogen und namentlich auch von *Zeller* in Winnenthal und *Roller* in Illenau eine sehr anerkennende Beurtheilung erfahren, und nachdem endlich auch der Landtag die erforderlichen Mittel zur Ausführung desselben bewilligt hatte, wurde im Jahre 1854 mit dem Bau der Anstalt für 80 Kranke begonnen und derselbe in der Weise gefördert, dass dieselbe am 15. März 1858 eröffnet werden konnte.

Am 22. Februar 1858 wurde *Kelp*, welcher von Oldenburg aus den Bau der Anstalt überwacht hatte, zum Director derselben ernannt und hat 2 Jahrzehnte hindurch der weiteren Entwickelung und dem Gedeihen der Anstalt seine volle Thätigkeit gewidmet.

Kelp war Autodidact in der Psychiatrie, aber bei seinen umfassenden Kenntnissen in der medicinischen Wissenschaft, bei seiner ruhigen und scharfen Beobachtungsgabe, bei seiner treuen Pflichterfüllung, seinem eifrigen Streben, der Wissenschaft zu dienen und seinen Kranken zu helfen, überwand er mit Erfolg alle ihm entgegentretenden Schwierigkeiten und verschaffte der ihm unterstellten Anstalt Achtung und Ansehen weit über die Grenzen seines engeren Vaterlandes hinaus, was auch die vielen Aufnahmen von Nichtoldenburgern in die Anstalt darthun.

An den wissenschaftlichen und practischen Fortschritten seines Faches nahm er stets den lebhaftesten Antheil, betheiligte sich gerne an den Versammlungen des psychiatrischen Vereins für Niedersachsen und Westfalen und hielt in denselben auch verschiedentlich längere Vorträge.

Liebenswürdig im Umgang, bescheiden und anspruchslos in seinem Auftreten, war er stets für das Wohl seiner Pflegebefohlenen besorgt und von ihnen geliebt und verehrt. Von seiner Regierung wurde er wiederholt ausgezeichnet. Im Jahre 1848 erhielt er das Ehrenkreuz I. Classe: 1857 wurde er zum Medicinalrath und 1872 zum Obermedicinalrath ernannt. 1878 wurde ihm kurz vor seiner Pensionirung das Ritterkreuz II. Classe

verliehen. Am 1. Mai 1878 trat er nach treuester Diensterfüllung in den wohlverdienten Ruhestand und wohnte seitdem in der Residenzstadt Oldenburg. Aber auch hier setzte er mit gleichem Eifer seine wissenschaftlichen Studien fort und hat seitdem noch manche Arbeit aus seiner Feder in verschiedenen Zeitschriften Aufnahme gefunden.

Forderten auch schliesslich die Jahre an seinem Körper ihr Recht, sein Geist blieb jugendfrisch, und Wissenschaft und Tagesfragen erregten bis zuletzt sein lebhaftes Interesse.

Nach einem kurzen, kaum nennenswerthen Unwohlsein schlief er in der Nacht vom 16. auf den 17. Februar erst spät ein, um nicht wieder zu erwachen. — Fürwahr ein schönes Ende!

Literarisch ist der Obermedicinalrath Dr. *Kelp* vielfach thätig gewesen. Kleinere Aufsätze, Referate, Gutachten u. s. w. von ihm finden sich im Irrenfreund, in der Berliner klinischen Wochenschrift, in *Eulenberg*'s Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin u. a. Die allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie lieferte von ihm ausser einer Anzahl von Referaten:

Die neue Irrenanstalt für das Grossherzogthum Oldenburg, 10. Bd. 305.

Ein Fall von Sklerose des Gehirns, 29. Bd. 446.

Asthma und Psychose, 29. Bd. 449.

Chloralwirkung in grossen Dosen, 31. Bd. 389.

War der Schlossergeselle M. ein Simulant? 33. Bd. 633.

Obergutachten über eine Brandstifterin, 34. Bd. 615.

Ueber die Zurechnungsfähigkeit des F., 35. Bd. 215.

Obergutachten betreffend die Aufhebung der Curatel etc., 35. Bd. 563.

Bremische Irrenpflege, 35. Bd. 578.

Gutachten über den Geisteszustand des Füseliers C., 36. Bd. 395.

Gutachten über den Geisteszustand der L. K. wegen Brandstiftung, 36. Bd. 461.

Ueber den Geisteszustand der Ehefrau C. S.

Conträre Sexualempfindung, 36. Bd. 716.

Gesichts- und Gehörshallucinationen als seltene Form, 39. Bd. 834.

Ueber Asthma und Psychose, 42. Bd. 290.

Psychose im Kindesalter, 44. Bd. 653.

Irrenärztliche Untersuchung bei einer Donatio inter vivos in Frankreich, 45. Bd. 292.

Ueber Verfolgungswahn, 46. Bd. 117. *H.*

Nekrolog *Kiderle.* — Am 28. November vorigen Jahres starb zu Kaufbeuren Hofrath Dr. *Joh. Mich. Kiderle*, k. Direktor der Heil- und Pflege-Anstalten bei Kaufbeuren. Die aussergewöhnliche Theilnahme, welche dieser Todesfall weit über die Grenzen des Kreises, für welchen der Verlebte zu wirken berufen war, hervorrief, galt wohl weniger dem Ansehen der Stellung, als vielmehr den persönlichen Eigenschaften und Verdiensten

des Verstorbenen, weshalb eine kurze Darstellung seines Lebens und Wirkens seinen vielen Freunden und Bekannten willkommen sein dürfte.

Kiderle war geboren am 23. Dezember 1821 zu Ebersbach, einem freundlichen, hochgelegenen Dorfe im nördlichen Allgäu, als Sohn eines angesehenen, vielbeschäftigten Landarztes, dessen Vater und Grossvater gleichfalls Landärzte gewesen waren. Während so einerseits der ärztliche Beruf von Vater auf Sohn sich forterbte, brachte es andrerseits die tiefe Religiösität, welche die Familie von jeher auszeichnete, mit sich, dass in jeder Generation auch mindestens ein Geistlicher aus derselben hervorging. So hatte auch *Kiderle* einen jüngeren geistlichen Bruder, der schon frühe einem Lungenleiden erlag, und von einem geistlichen Onkel erhielt er den Vorbereitungsunterricht für die Lateinschule. Nebenbei bemerkt, war eine Schwester seines Vaters die Mutter des berühmten Historienmalers *Caspar* von Obergünzburg.

Kiderle war schon als Knabe mehr ernst und einsam und wurde von seiner Mutter, einer ebenso verständigen als überaus frommen und herzensguten Frau, an der er sein Leben lang mit der grössten Liebe und Verehrung hing, streng religiös erzogen. Im Jahre 1840 absolvirte er das Gymnasium zu Kempten und bezog die Universität München. Hier verlebte er seine glücklichste Zeit, wie er später oft bekannte. In der That war die Residenz Ludwigs I., damals der Brennpunkt eines reichen künstlerischen und kirchlichen Lebens und der Sammelpunkt hervorragender katholischer Gelehrten, ganz dazu angethan, den tief und ideal veranlagten jungen Mann mächtig anzuregen und zu begeistern. Dazu kam, dass er in den beiden philosophischen Jahren Männer wie Döllinger, Streber und Andere zu Lehrern hatte, die zu seinem ganzen Fühlen und Denken passten, und deren Lehren er daher begierig aufnahm. Diese beiden Jahre waren für seine künftige geistige Richtung entscheidend; sie trugen wesentlich dazu bei, dass er die Universität als ein vollständig gereifter Charakter und im Besitze einer fertigen Weltanschauung verliess, die sich auf seine religiöse Ueberzeugung gründete, und der er von nun an unerschütterlich treu blieb.

Als Inaugural-Dissertation schrieb *Kiderle* eine Abhandlung über „Theophrastus Bombastus Paracelsus“ und verbrachte das Biennium practicum als Assistent der *Ringseis*'schen Klinik im Krankenhause zu München. Diesem damals hochangesehenen Lehrer, der seinerseits auf den ernsten strebsamen jungen Doctor stets grosse Stücke hielt, bewahrte *Kiderle* zeitlebens eine unbegrenzte Verehrung und Dankbarkeit, und nichts schmerzte ihn tiefer als die Geringschätzung, mit welcher die jüngere Generation diesen Mann vielfach behandelte. Mit Bezug hierauf, wie auf die heutigen Zeitverhältnisse überhaupt schrieb *Kiderle* später die Worte, welche zugleich einen Hauptzug seines Charakters treffend beleuchten: „Am Ende meiner Universitätsjahre war man an dem Zeitpunkte angelangt, in welchem die Wende zu den gegenwärtigen, oft so unerquicklichen und zerrissenen

zed by Google

Zuständen in Kirche, Staat und Gesellschaft eingetreten war. Nicht ohne schmerzliches Gefühl musste ich einer Zeit Lebewohl sagen, der jetzt meine liebsten Erinnerungen angehören, und die, mag sie auch ihre grossen Schwächen gehabt haben, doch so vieles Gute, Schöne und Liebenswürdige besass, darunter Eines, was jedem Gemüth so unendlich wohlthut und ein heiliges Bedürfniss ist: Die Pietät."

Mit seiner Ernennung zum Assistenzarzt der damals von Professor *Solbrig* geleiteten Irrenanstalt Erlangen begann *Kiderle* im Februar 1849 seine Laufbahn als Psychiater. Im Jahre 1850 bekam er ein Reisestipendium und nahm längeren Aufenthalt in Prag und Wien. Auf dem Wege dahin, der ihn über Würzburg, Halle, Leipzig und Dresden führte, besuchte er zahlreiche Krankenhäuser und Irrenanstalten, sah aber wenig Erfreuliches. Die Irrenabtheilung eines bekannten Spitales schilderte er in einem Briefe an seinen Chef als eine „in einem bombenfesten Gewölbe angebrachte Menagerie, wo die Tollen auf's beste gegen Fluchtversuche verwahrt sind, und wo man sie in ihren vergitterten Käfigen hinter den gewaltigen Eisenstäben von allen Seiten betrachten kann, ohne dass man Gefahr läuft, von ihnen misshandelt zu werden". Am besten gefiel ihm die wegen ihrer vorzüglichen Einrichtung und Leitung damals in grossem Rufe stehende Prager Irrenanstalt; dagegen konnte er sich mit dem in der Prager medicinischen Welt herrschenden Materialismus nicht befreunden.

Bald darauf fand *Kiderle* Gelegenheit, die auf dieser Reise gesammelten Erfahrungen praktisch zu verwerthen. Ende 1851 wurde er zum Director der am 1. Januar 1852 zu eröffnenden Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll bei Regensburg ernannt. Die Organisation dieser Anstalt, für welche ein altes Klostergebäude, das zuletzt als Brauerei gedient hatte, adoptirt wurde, war für den erst dreissigjährigen jungen Mann, nach kaum dreijähriger Anstaltspraxis, keine leichte Aufgabe; galt es doch, manche Frage von principieller Bedeutung rasch zu entscheiden und den festen Grund für die künftige gedeihliche Entwicklung der Anstalt zu legen. Doch löste *Kiderle* diese Aufgabe so glücklich, dass ihm schon nach zwei Jahren die Anerkennung des Ministeriums ausgesprochen wurde. Im Jahre 1852 verehelichte er sich mit einer Tochter des gefeierten Tenoristen der Münchener Hofbühne, *Al. Bayer*, aus welcher Ehe zwei Töchter und ein Sohn hervorgingen. Im Jahre 1854 überstand er während einer Urlaubsreise zu München glücklich einen schweren Choleraanfall.

Im Jahre 1859 erhielt *Kiderle* die Stelle des Directors der schwäbischen Kreisirrenanstalt Irsee. Damit ging einer seiner Herzenswünsche in Erfüllung; er trennte sich zwar schwer von der Anstalt, die er durch eigene Kraft aus schwierigen Anfängen zu einer wohlgeordneten Existenz emporgehoben hatte und in der ihm von allen Seiten das grösste Wohlwollen und Vertrauen entgegengebracht wurde; allein die Liebe zur Heimath überwog alle anderen Gefühle. In dem stillen Irsee vergingen nun die Jahre in gleichmässig reger Berufsthätigkeit, die nur zeitweise durch Be-

suche auswärtiger Anstalten und officielle Abordnungen unterbrochen wurde. Zwar konnte ihm der Ort ausser seiner idyllischen Lage inmitten prächtiger Waldungen nichts bieten und auch die Anstalt liess Manches zu wünschen übrig; doch fand er dafür im Kreise seiner Familie und in den häufigen Besuchen der nahen Heimath, wo ihm die Mutter bis 1873 erhalten blieb, sowie in der Pflege der Musik und einer zwanglos-heiteren Geselligkeit seine volle Befriedigung, so dass er sich der in Irsee verlebten Jahre stets gerne erinnerte. Die zunehmende Ueberfüllung der Anstalt führte in den Jahren 1872—1876 zur Erbauung der Heilanstalt Kaufbeuren, während Irsee als Neben- und vorwiegend Pflegeanstalt fortbestehen blieb. Hiebei gebührt *Kiderle* vor allem das Verdienst, den herrlichen Platz, auf welchem die Anstalt erbaut wurde, entdeckt zu haben. Selbstverständlich waren seine Rathschläge auch von entscheidendem Einfluss auf den Bauplan und die gesammte Organisation der neuen Anstalt. Seit seiner Uebersiedlung nach Kaufbeuren im Jahre 1876 lebte *Kiderle* in stiller Zurückgezogenheit, vollständig in Anspruch genommen von seiner Berufsthätigkeit, die nun eine bedeutende Erweiterung erfahren hatte, da er jetzt zwei räumlich getrennte Anstalten mit starker Frequenz (zuletzt gegen 600 Kranke) zu leiten hatte. Im Jahre 1879 wurde er durch Verleihung des Hofrathstitels und 1888 durch Verleihung des Sanct Michaelsordens I. Klasse ausgezeichnet. —

Wenn *Kiderle* am Abend seines Lebens einmal äusserte, er habe das grosse Glück gehabt, dass sein Lebenslauf ohne äusseres Zuthun von seiner Seite sich so gestaltet habe, wie es eben gekommen sei, so hat er wohl nur aus Bescheidenheit seine eigene Zuthat unterschätzt. Er verdankte jenes Glück, das ihn so rasch zu angesehener Stellung gelangen und ungehindert das gewünschte Lebensziel erreichen liess, nächst seiner gründlichen medicinischen Bildung vor allem den vortrefflichen Eigenschaften des Geistes und Charakters, durch welche er sich schon als Student die Achtung seiner Commilitonen und Lehrer errungen hatte. In Folge dieser Eigenschaften war er für den Beruf eines Irrenarztes in hohem Grade befähigt, ja geradezu wie geschaffen. Er besass die natürliche Gabe, durch seine blosse Persönlichkeit Eindruck zu machen und sich die Herzen zu gewinnen. Es war die volle, ruhige Harmonie seines Wesens, die sich in seiner Erscheinung und seinem Auftreten ausprägte, und der hohe sittliche Ernst, der aus seinen Zügen leuchtete, was sofort sympathisch berührte und unwillkürlich Achtung und Vertrauen erweckte. In diesen beiden Eigenschaften lag der Reiz seiner Persönlichkeit und zugleich das Geheimniss seiner Erfolge als Irrenarzt. Sie verliehen seiner Persönlichkeit einerseits eine ungemein wohlthuende Milde und Weichheit, die ihre Wirkung auf kein krankes Gemüth verfehlte, andererseits eine gewisse Vornehmheit, die ebenso Vertraulichkeit fernehielt, als sie Vertrauen einflösste, und die einen seiner Assistenzärzte einmal zu der Bemerkung veranlasste, *Kiderle* sei der „geborene Hofrath“. Dieses Maass-

zed by Google

volle, Harmonische seines Wesens, die glückliche Mischung von Verstand und Gemüth, von Strenge und Güte, von Ernst und Humor, von practischer Nüchternheit und idealem Sinn, die ihm eigen war, befähigte ihn auch ganz besonders, den verschiedensten Situationen und Individuen gerecht zu werden und Jedem das zu bringen, wessen er gerade bedurfte: sie machte ihn zum Meister in der schwierigen Kunst des Individualisirens. In Erfüllung dieser Aufgabe kam ihm auch sein hochentwickeltes Zart- und Taktgefühl sehr zu Statten. Bei aller Milde und Güte verläugnete jedoch sein Wesen niemals einen strengen, ja herben Zug, der sich theils aus natürlicher Anlage, theils aus seinen streng sittlich-religiösen Grundsätzen erklärte. Indem er selbst diese Grundsätze bis in's kleinste bethätigte, verlangte er das Gleiche auch von jedem Anderen. Die sittliche Hoheit und Reinheit seines Charakters erinnerte oft an die ehrwürdigsten Gestalten aus dem Priesterstande. Er war, wie die Theologen sagen, eine „anima candida", ein Ehren- und Edelmann im wahren Sinne des Wortes. Mit dieser Harmonie der geistigen Eigenschaften stimmte auch seine äussere Erscheinung aufs glücklichste überein. Den mittelgrossen, untersetzten Körper krönte ein prächtiger Kopf, der mit der hohen Stirne, der kräftigen Nase, den sanften blauen Augen und dem feingeschnittenen Mund, umrahmt von silberweissen, leichtgelockten Haaren, den Grundzug seines Wesens, Ernst und Milde, treffend zum Ausdruck brachte und diesen Ausdruck noch durch die weiche, stets zur Heiserkeit neigende Stimme vervollständigte.

Kiderle trat niemals mit einer grösseren literarischen Arbeit hervor: seine ganze Kraft war der inneren hausväterlichen Thätigkeit gewidmet. Und in der That sorgte er für seine Untergebenen, wie ein Vater für seine Familie, und „Vater" nannten ihn desshalb auch mit Vorliebe seine Kranken, deren trauriges Loos er durch sein mildes Regiment möglichst zu erleichtern suchte. Seine unermüdliche Fürsorge erstreckte sich auf Alles, was das Wohl und Wehe der Kranken betraf; nichts war ihm zu unbedeutend und zu kleinlich, um nicht sorgsam erwogen zu werden. Er berücksichtigte stets den ganzen Menschen, Geist und Körper zugleich; selbst gemüthvoll, trug er auch den gemüthlichen Bedürfnissen seiner Kranken Rechnung und gab ihnen reichlich Gelegenheit zur Erheiterung und Unterhaltung. In der Behandlung der Geisteskrankheiten stand er selbstverständlich durchaus auf dem Standpunkte der Neuzeit; Arzneimittel verordnete er nur spärlich; er hielt vor allem auf sorgfältige Pflege und Kräftigung des Körpers durch Reinlichkeit, gute Kost, passende Arbeit u. s. w., überhaupt auf genaue Befolgung der diätetischen und hygienischen Grundsätze. Ganz besonders aber lag ihm das moralische Régime am Herzen, die Aufrechthaltung von Ordnung und guter Sitte im Hause, und die genaue Regelung und Ueberwachung aller hierauf bezüglichen Verhältnisse bildete stets eine seiner Hauptsorgen. So hatte er immer genug Arbeit, oft zu viel für seine Kräfte. Ueberdies gehörte er nicht zu

Jenen, denen die Arbeit leicht und glatt von Statten geht; ruhig und bedächtig, wie in seinem ganzen Wesen, war er auch in seinem Schaffen; er war gewohnt, Alles sorgfältig zu überlegen und zu prüfen; besonders bei Abfassung von Gutachten war er sehr vorsichtig und zurückhaltend, dachte an alle Möglichkeiten und Folgen und suchte überall das Harte und Schroffe zu vermeiden. Seine Gewissenhaftigkeit und Aengstlichkeit in dienstlichen wie auch in privaten Angelegenheiten war oft geradezu rührend, für die Betheiligten aber nicht selten peinlich. In Unglücksfällen dagegen, die ihm ja keineswegs erspart blieben, bewahrte er stets eine merkwürdige Ruhe und Fassung, und hier half ihm seine echt religiöse Gesinnung über manche schwere Stunde glücklich hinweg. Er war ein überzeugungstreuer Katholik und ging in Erfüllung der religiösen Pflichten der Anstaltsgemeinde allezeit als leuchtendes Beispiel voran. Dass er aber bei aller Religiosität das Interesse der Kranken streng und objectiv zu wahren wusste, das beweist unter Anderem seine ablehnende Haltung in der Frage der Einführung der barmherzigen Schwestern in die Irrenpflege. Stets tolerant gegen Andersdenkende, hatte er selbst, wenigstens in früheren politisch erregten Zeiten, sich nicht immer derselben Toleranz von Seiten Anderer zu erfreuen. Sein politischer Standpunkt, den er aber niemals öffentlich geltend machte, war schon in seinem durch und durch conservativen Wesen klar vorgezeichnet: er gehörte zu den sogenannten Grossdeutschen; vor allem aber war er Bayer und hing an seinem bayerischen Vaterlande mit all' der Liebe, deren seine kernige, zähe Allgäuer Natur fähig war. Diese conservative Neigung übertrug sich unwillkürlich auch auf das wissenschaftliche Gebiet; er konnte sich nur schwer in das unruhige hastige Treiben, das auf dem literarischen Markte herrschte, finden; nach seiner Meinung wurde zu viel und zu flüchtig gearbeitet, und desshalb betrachtete er die Früchte dieser Arbeit stets mit einem grossen, leider nicht selten berechtigten Misstrauen, und so kam es, dass er z. B. bei der *Koch*'schen Entdeckung schon zu einer Zeit den Kopf schüttelte, als noch alle Welt in wonnigem Rausche lag. Dies hielt ihn jedoch nicht ab, alle Neuerungen auf medizinischem und speciell psychiatrischem Gebiete aufmerksam zu verfolgen. Ganz besonders beschäftigte er sich in den letzten Jahren mit der Frage der Irrencolonieen und je mehr er sich in dieselbe vertiefte, desto mehr erkannte er ihre Bedeutung für die künftige Gestaltung einer practischen Irrenfürsorge. Leider sollte er die Verwirklichung seiner Absichten nicht mehr erleben. Durch eine schwere Krankheit, die er i. J. 1879 durchmachte, und die eine länger dauernde Oculomotoriuslähmung hinterliess, hatte seine sonst kräftige Constitution einen Stoss erlitten; seitdem war er fast jedes Jahr krank und litt öfters an asthmatischen Beschwerden mit leichter Hämoptoë. Ende November vorigen Jahres erkrankte er plötzlich Nachts an Fieber, wozu sich alsbald Delirien, Gelenkaffectionen, blutige Diarrhöen und Erscheinungen einer Lungeninfiltration gesellten, und verschied nach siebentägiger Dauer des

Digitized by Google

Leidens sanft und schmerzlos im 69. Lebensjahre und 39. Jahre seiner verdienstvollen Wirksamkeit als Director öffentlicher Irrenanstalten. Sein unerwartetes Ableben rief weithin das schmerzlichste Bedauern hervor und erweckte wohl bei Vielen, die ihn näher kannten, jenes Gefühl, das er selbst so sehr pflegte und ehrte, und dem auch die vorstehenden Zeilen ihre Entstehung verdanken: das Gefühl der Pietät. — Dr. *Zierl.*

Vorläufige Mittheilung für den Verein der deutschen Irrenärzte.

Der Vorstand hat in einer Sitzung zu Bonn am 17. Mai l. J. beschlossen, die diesjährige Jahressitzung

zu Weimar am 18. und 19. September cr.

abzuhalten. Folgende Themata sind zur Discussion in Aussicht genommen:

Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum.
Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit.
Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten.
Gegenwärtiger Stand der Aphasiefrage.
Therapeutische Verwerthung der Hypnose in Irrenanstalten.
Zur Fürsorge für Epileptische.

Die Herren Mitglieder des Vereins werden ferner gebeten, bis 10. August d. J. Vorträge bei einem der Unterzeichneten anzumelden. Die definitive Tagesordnung wird Ende August zugesendet werden.

Der Vorstand:

Grashey. *Laehr.* *Pelman.* *Schüle.*

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte[1]).

Dem Vereine sind beigetreten:

Landesirrenheilanstalt zu Marburg, Prov. Hessen.
Trinkerheilanstalt Ellikon a. Thur, Canton Zürich, Schweiz.
Privatheilanstalt Bergquell-Frauendorf bei Stettin.
Privatheilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Ahrweiler, Rheinprovinz.
Vorarlbergische Landes-Irren-Anstalt Valduna, Stat. Rankweil, Oestreich.
Prov.-Irrenanstalt zu Rybnik, Prov. Schlesien.
Irren- und Krankenanstalt Waldhaus bei Chur, Graubünden, Schweiz.

[1]) Die früheren Beitritte zum Vereine sind mitgetheilt in dieser Zeitschrift: Bd. 32. S. 80, Bd. 33. S. 34, Bd. 39. S. 339 u. S. 839, Bd. 41. S. 475 und S. 735, Bd. 42. S. 185, Bd. 44. S. 328, Bd. 45. S. 499 u. S. 628, Bd. 46. S. 137.

Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben. *H. Laehr.*

Mittheilung.

Es sei die frühere Bitte wiederholt, von den wesentlichen Veränderungen in den deutschen Irrenanstalten, den gesetzlichen Bestimmungen betreffs des Irrenwesens in den verschiedenen deutschen Ländern und den Verordnungen der Behörden in den einzelnen Irrenanstalten durch diese Zeitschrift den Lesern Kenntniss zu geben. Red.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Fr. Eickholdt*, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig, ist zum Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg,

Dr. *J. Bartels*, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Hildesheim zum dir. Arzt der Privat-Heilanst. Johannisberg bei Kaiserswerth,

Dr. *W. Sommer*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. Allenberg bei Wehlau zum Dir. derselben Anstalt,

Dr. *H. Stoltenhoff*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. Saargemünd zum Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Kortau, Ostpr.,

Dr. *Laufenauer*, Dir. der psych. Klinik zu Budapest zum Prof. ord. der dortigen Universität,

Dr. *G. Anton*, Privatdocent in Wien, zum Prof. extraord. der Psychiatrie an der Univ. zu Innsbruck ernannt worden.

Dr. *Ed. Hitzig*, Geh. Med.-Rath, Prof. u. Dir. der psychiatr. Klinik zu Halle hat den Rothen Adlerorden III. Kl. mit der Schleife,

Dr. *Ed. Kessler*, Med.-Rath u. Dir. des Karl-Friedrichs-Hospitales zu Blankenhain i. Thür. das Fürstl. Schwarzburgische Ehrenkreuz II. Kl.,

Dr. *G. Weber*, Med.-R. u. Dir. der Heilanst. Sonnenstein den Albrechtsorden Ritterkreuz I. Kl.,

Dr. *L. Kirn*, Bezirksarzt u. Prof. an der Univers. Freiburg i. B. den Charakter als Med.-Rath,

Dr. *H. Borell*, Dir. der Kreispflegeanstalt zu Hub in Baden desgl.,

Dr. *Fr. Fischer*, Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim desgl.,

Dr. *R. Neuendorff*, Dir. der Heilanst. zu Bernburg, den eines Sanitätsrathes erhalten,

Dr. *H. Obersteiner*, bis 1889 Mitdir. der Privatheilanst. zu Ober-Döbling, ist am 25. Jan. c., 72 Jahr alt,

Dr. *L. Kelp*, Ober.-Med.-Rath u. fr. Dir. der Heilanstalt zu Wehnen am 17. Febr. c., 82 Jahr alt,

Dr. *J. Jenssen*, fr. Dir. der städt. Irrenpflegeanst. zu Dalldorf b. Berlin, am 24. April c. an Gehirnleiden,

Dr. *L. Bartens*, Dir. des Genesungshauses zu Roda, am 4. Mai 1891, 48 J. alt, an Lungenentzündung,

Dr. *Otto Flamm*, Geh. Hofr. u. Dir. der Privat-Irrenanst. Pfullingen, Württ., nach kurzer Krankheit unerwartet am 14. Juni gestorben.

Digitized by Google

Lüge und Geistesstörung.

Ein Gutachten

von

Dr. C. Moell,
dirigirendem Arzte zu Dalldorf b. Berlin u. Privatdocenten.

Es ist bekannt, wie die bewusste Unwahrheit, das Lügen, bisweilen aus dem Vorhandensein geistiger Abweichungen bei einzelnen Schwachsinnigen, Hysterischen etc. erwächst. An einem anderen Orte habe ich mich über diesen Zusammenhang geäussert[1]).

Häufiger noch trifft man auf unrichtige und als solche leicht erkennbare Angaben, welche mehr oder weniger in der Ueberzeugung der Kranken wurzeln. — Zwei oft gegenseitig in Beziehung stehende Momente begünstigen die Entstehung solcher phantastischer Gedankenreihen:

Schwäche der associativen Thätigkeit im Allgemeinen, daher Mangel der Ueberlegung und Vorwalten einer bestimmten Gefühlsbewegung, die zu einseitiger Auffassung und zu unrichtiger Gedankenrichtung führt.

Normalerweise ist das Vorwiegen der Phantasie über die Kritik auf Grund gemüthlicher Regung in besonderem Grade der Jugend und den Frauen eigen.

Der gewöhnliche Optimismus oder Pessimismus und ein — so zu sagen erlaubter Grad von Phantasiethätigkeit, wird nun in vielfacher Abstufung durch psychische Anomalien zu einem krankhaften Vorgange gesteigert, wobei das bis dahin nicht ganz feh-

---

[1]) Ueber irre Verbrecher. Berlin 1888 S. 123.

lende Gefühl einer subjectiven Anschauung schwindet und die ausschliesslich den inneren Neigungen der Persönlichkeit folgenden Vorstellungen sich von der Wirklichkeit mehr und mehr entfernen.

Jede geistige Schwäche bedingt durch Fehlen einer lebhaften und richtig anknüpfenden Associationsthätigkeit eine mangelnde Schärfe der Auffassung und ein geringes Verständniss für das Wesentliche.

Klare und für die spätere Verwendung beim Ueberlegen genügende Eindrücke werden hier, wo alle Vorgänge mehr oder weniger nur äusserlich erlebt werden, nicht erworben. Wenn nun bestimmte Gefühlsbewegungen auftreten, kommt es zufolge dieser unvollkommenen Aneignung des Erlebten, der ungenügenden Erfahrung und der Oberflächlichkeit des Urtheils zu einer völligen Herrschaft der aus den Gefühlsbewegungen entstehenden, besonders auch die eigene Person und deren Beziehungen betreffenden, einseitigen Vorstellungen, gewissermaassen zur Leichtgläubigkeit gegen die eigenen Wünsche und Begehrungen.

Alltäglich sehen wir ferner, wie bei dem paralytischen Irresein der durch die Geistesschwäche bedingte Wegfall von der Wirklichkeit entspringenden contrastirenden Vorstellungen bei der gehobenen Gefühlslage des Kranken ein durch die Fragen des Arztes beliebig hervorzurufendes und zum grössten Unsinn zu steigerndes Prahlen ermöglicht. In andern Fällen ist es bekanntlich die Flüchtigkeit des Denkens, besonders bei Manie, aber auch bei anderen Erregungszuständen, welche zu ungeregelter Association und zur Bildung und Aeusserung ganz unrichtiger Vorstellungen führt.

Die Erfindungen und Andichtungen Hysterischer, mancher Epileptischer haben fast stets entweder dem unbewussten Einflusse von Eitelkeit, Schadenfreude, Gefallen an der Täuschung und Aehnlichem oder dem Bedürfnisse nach psychischer Erregung bezw. einem mit innerer Unruhe verbundenen Drange ihre Entstehung zu verdanken.

Bei solchen Kranken nun lassen sich nicht selten Uebergänge wahrnehmen von der Aeusserung unrichtiger, aber als solche nicht erkannter Vorstellungen bis zu den mit klarem Bewusstsein der Unrichtigkeit aufgestellten Behauptungen. Es ist in dem Angeführten begründet, dass von vornherein die unrichtige Vorstellung hier nicht mit der Gewalt und der Widerstandsfähig-

keit sonstiger, meist in anderem Zusammenhange und auf anderer Grundlage sich entwickelnder falschen Vorstellungen ausgestattet ist. Ein einfacher Widerspruch wirft öfter die Anschauung, von der diese Personen selbst nicht recht wissen, ob sie richtig ist oder nicht, um.

Die Maniakalischen nehmen lachend ihre Behauptungen zurück, noch leichter geben die Schwachsinnigen dieselben auf, ihnen sind zum Theil die Einzelheiten und ihr Zusammenhang schon nicht mehr deutlich.

Auch die ganz vorzugsweise in Verbindung mit dunkeln Gefühlsströmungen entstandenen Ideen Hysterischer besitzen — wohl wegen der meist flüchtigen Natur der Erregung zumeist nur geringe Festigkeit, bei hypochondrischen Vorstellungen ist eine erhebliche Verschiedenheit der einzelnen Fälle in dieser Hinsicht bemerklich.

Sind also derartige Kranke selbst nur in sehr verschiedenem Grade von der Richtigkeit ihrer Aeusserungen überzeugt, so ist fernerhin auch zeitlich dies Verhältniss erheblichen Schwankungen unterworfen.

Es werden manchmal Dinge vorgebracht, die — in früherer Zeit entstanden — jetzt auch ohne Anregung zu besonders eingehender Ueberlegung von den Kranken selbst nicht mehr völlig geglaubt werden. Dies Verhalten ist immer noch wesentlich verschieden von einem zu einem klar bewussten Zwecke ausdrücklich ersonnenen Lügen.

Andererseits tritt nicht selten das anfänglich vorhandene mehr oder weniger klare Bewusstsein von der Unrichtigkeit des Gesagten, von der Entstehung der Vorstellung aus Selbstgefälligkeit aus einem Wohlgefühle an romantischer Beleuchtung der eignen Person u. s. w. im weiteren Verlaufe zurück. Schon unter normalen Verhältnissen glauben phantastische und (damit zusammenhängend) eitele Menschen bei häufiger Wiederholung zuweilen ihre anfänglich noch ihnen völlig bewussten Unwahrheiten selbst, und so können wohl auch die Lügen oder Uebertreibungen Kranker später ihre ursprüngliche Bedeutung einbüssen.

Für die Erkenntniss der Sachlage erwächst dem Beobachter hieraus besonders dann eine Schwierigkeit, wenn die unrichtigen Angaben, z. Th. durch die Fragen angeregt, in ausserordentlich umfangreichem Maasse auftreten und schliesslich die Möglichkeit, den Inhalt der Aeusserungen überhaupt als Ausdruck der Vorstel-

lungsthätigkeit zu verwerthen, in Frage gestellt wird. Solche Individuen fördern überhaupt kaum etwas Wahres zu Tage, ohne dass ein Grund für das Vorbringen der mehr oder weniger bewussten Unrichtigkeiten ersichtlich würde. Dabei werden diese unrichtigen Angaben auch nicht festgehalten, sondern, bisweilen in kürzester Zeit, durch andere ersetzt.

Schon im gewöhnlichen Leben gilt das Wort: „Lügen haben kurze Beine". Begreiflicherweise haftet Erfundenes weniger fest im Gedächtniss, als wirklich Erlebtes[1]). Je vorwiegender nun die Phantasie unter der Herrschaft eines affectiven Motivs arbeitet, desto geringer der innere Zusammenhang, desto schwächer die gegenseitige Begründung der Einzelvorstellungen. Entsprechend ist die genaue Reproduction solcher rein erfundener Gedankenverbindungen viel schwerer, als die einer Vorstellungsgruppe, welche durch die richtige Association zusammengeschlossen, bei der Erregung nur eines Abschnittes dieser einheitlichen Masse genau und vollständig im Gedächtniss lebendig wird. Die völlige Vernachlässigung der Wirklichkeit zu Gunsten hin- und herschwankender Auffassungen, welche für die Aufnahme der Einzelheiten an das Gedächtniss eine unerfüllbare Aufgabe stellt, erklärt den geradezu erstaunlichen Wechsel und die Widersprüche in den Angaben solcher Personen.

Bei dem Vorkommen von Uebergängen zwischen der Lüge und der nur oberflächlich haftenden Einbildung ist die richtige Erkennung der Sachlage oft nicht leicht. Auch die Würdigung des Verhaltens für die Frage der geistigen Gesundheit würde oft auf sehr erhebliche Schwierigkeiten stossen, wenn nicht fast ausnahmslos in dem Gesammtbilde der Persönlichkeit Merkmale sich fänden, welche über das Bestehen einer psychischen Störung ein völlig sicheres Urtheil gestatten. Immerhin giebt es eine Anzahl von Fällen, in welchen bei weitem das Hervorstechendste ein derartiges Schwanken zwischen Lüge und subjectiver Wahrheit ist, eine Mischung von Zusammenphantasiren, Fabuliren und bewusstem Lügen. Weil das Vorkommen einer einseitig phantastischen Gedankenthätigkeit sich, wie bemerkt, bis zu einem gewissen Grade

[1]) In gewissem Grade gilt dies auch für die Wahnvorstellungen, deren Einzelheiten trotz der erheblichen Bedeutung für das betreffende Individuum oft rasch vergessen werden; natürlich um so rascher, je mehr die geistige Thätigkeit im Ganzen geschwächt wird.

mit normaler psychischer Beschaffenheit verträgt, wird man nur mit grösster Vorsicht aus einem ausserordentlichen Umfange dieser Aeusserungsweise an sich Schlüsse ziehen können. Stets wird man bestrebt sein, die ihr zu Grunde liegenden Eigenthümlichkeiten aus den sonstigen Ergebnissen der Beobachtung, besonders aus der Betrachtung der Handlungsweise und des Lebenslaufs im Ganzen, aufzudecken und sie in ihrer Bedeutung für die geistige Persönlichkeit abzuwägen.

Gesteigert wird die durch ein solches Verhalten entstehende Schwierigkeit noch bei den Untersuchungen von Personen, deren häufige Gesetzesübertretung nachgewiesen ist. Die gewohnheitsmässige Unwahrhaftigkeit mancher Verbrecher, speciell der Diebe, ist schon öfter betont worden[1]). — Nicht selten ist im Einzelfalle das, was zunächst als zweifellos dem Beobachter sich darstellt, das zweckmässige, in der Absicht der Täuschung vorgebrachte Lügen — bezugsweise die Simulation von Geistesstörung.

Unter mehreren von mir beobachteten Fällen erscheint mir der folgende, welcher eine Person von höherer Bildung und nicht unbedeutendem Wissen betraf, der Mittheilung werth.

Dem Königl. etc...

Was die eigenen Angaben des D. über seine Vergangenheit betrifft, so muss ich gleich hier eine Bemerkung über die Glaubwürdigkeit des D. voranschicken.

Derselbe bringt, wie später ausführlich dargelegt werden wird, eine grosse Masse offenbar unrichtiger Behauptungen und Angaben vor. In einer sehr umfangreichen, über 850 Seiten zählenden, im Frühjahr 1889 abgefassten Lebensbeschreibung, welche sich bei den Entmündigungs-Acten des Kgl. Amts-Gericht I, Abtheilung .. befindet, und bei den ihm abgestatteten Vorbesuchen hat D. eingehende Mittheilungen nicht nur in Bezug auf seine Erlebnisse, sondern auch auf vielfache früher angeblich vorhandene Krankheitserscheinungen gemacht. Es unterliegt jedoch den erheblichsten Zweifeln, ob diese Krankheitserscheinungen in der Art, in dem Umfange, und namentlich in der Dauer, wie von D. behauptet wird, wirklich bestanden haben, und es muss dahin gestellt bleiben, ob der äussere Lebensgang völlig richtig wiedergegeben wird. Aus der Lectüre der erwähnten, von ihm verfassten Abhandlung und den mündlichen Auslassungen des pp. D. leuchtet greifbar deutlich das Bestreben hervor, für frühere Zeiträume in möglichst grosser Anzahl verschiedenartige Krankheitserscheinungen anzugeben, auch über schädliche Einflüsse aller Art

[1]) a. a. O.

und über eigenthümliche dazu in Beziehung stehende Erlebnisse zu berichten. Andererseits wird dann, sowohl bei Gelegenheit des früheren Entmündigungsverfahrens als auch jetzt, der zur Zeit in Frage kommende Geisteszustand des Prov. als durchaus befriedigend und von einer vollkommenen Erkenntniss der angeblich früher vorhandenen Krankheitserscheinungen begleitet, hingestellt. Ich erachte durch das Ergebniss meiner Untersuchung thatsächlich festgestellt, dass D. in einer ausserordentlich umfänglichen Art und Weise unrichtige Behauptungen — ob bewusst oder unbewusst bleibe vorläufig dahingestellt — vorbringt, und zwar so allgemein, dass überhaupt alle von ihm gemachten Angaben, auch über scheinbar weniger wichtige Punkte seiner Vergangenheit, nur mit erheblicher Vorsicht angenommen bezw. der Beurtheilung seines Geisteszustandes zu Grunde gelegt werden können. Demgemäss werde ich mich bei den folgenden Mittheilungen über das Vorleben des pp. D. ganz vorwiegend an die in den Acten niedergelegten Thatsachen halten.

pp. D. ist am 2. August 1858 ehelich geboren, als Sohn eines Gefängnissbeamten und hat zuerst in W...., dann in S.... die Schule resp. das Gymnasium besucht. Im September 1871 hat sich der Vater einem ihm wegen Unterschlagung drohenden Strafverfahren durch die Flucht entzogen und ist verschollen. Im Herbste 1872, im 21. Lebensjahre, bestand Prov. das Abiturientenexamen und studirte hierauf an hiesiger Universität zunächst ein Semester Theologie und dann klassische Philologie. Vom Militärdienst wurde er, angeblich wegen Veränderung der Herzthätigkeit, entlassen. Aus einem dem Herrn Minister der geistlichen pp. Angelegenheiten gelegentlich einer seitens des D. am 11. Juni 1879 eingereichten Immediateingabe um Zulassung zu der Staatsprüfung für das Lehramt erstatteten Berichte, geht weiterhin folgendes hervor: D., welcher sich mit der Tochter des Kaufmanns K. zu A. verheirathen wollte, wurde im Jahre 1876, während er mit Ablegung des Staatsexamens beschäftigt war, in einen gegen seinen Schwiegervater angestrengten Betrugs- und Meineidsprocess verwickelt. Dieser Process endete zwar mit der Freisprechung des Prov., stellte sich jedoch seiner Aufnahme in den Staatsdienst als Hinderniss entgegen, sodass D. zu Privatunterricht und publicistischer Thätigkeit sich wandte. Als Redacteur der S.-Zeitg. wurde er im Jahre 1878, im zweiten Monate seiner Thätigkeit angeklagt, wider besseres Wissen in Beziehung auf das Königl. Staatsministerium unwahre Thatsachen behauptet zu haben, welche dasselbe verächtlich zu machen und in der öffentlichen Meinung herabzusetzen geeignet seien. Eine deshalb ihm zuerkannte einjährige Gefängnissstrafe verbüsste er nicht völlig, weil nach etwa 9 Monaten die weitere Strafhaft im Anfang Juni 1879 durch kaiserliche Gnade ihm erlassen wurde.

Das Doctordiplom wollte er damals von der Universität in Philadelphia erworben haben.

D. ist dann noch bestraft worden: wegen wiederholten Betruges im

zed by Google

Jahre 1878, wegen Betruges im Jahre 1881, wegen Betruges mit 3 Jahren Zuchthaus etc. durch Urtheil vom 20. Februar 1883. Seine Führung im Zuchthause zu B. wird als „empörend schlecht" bezeichnet. Vielfache Verstösse gegen die Ordnung werden berichtet (Strafanstalts-Acten Fol...). Soll sich schmutzigen geschlechtlichen Verkehrs schuldig gemacht, auf seine Umgebung durch theologische Redensarten bezw. allerhand Versprechungen, später für sie zu sorgen, Einfluss zu gewinnen gesucht haben, und Aehnl.

Von seiner ersten Frau geschieden, heirathete D. 1886 bald nach seiner Entlassung aus dem Zuchthause zum zweiten Male, wobei er seiner Frau gegenüber sich als Doctor und Professor ausgab und sein Vorleben vollständig zu verheimlichen wusste.

Im Frühjahr 1887 wurde D. (Acten des Königl. L.G.) wegen vielfacher Schwindeleien, namentlich betrügerischer Entnahme von Waaren und Aehnl. denunzirt. Ausserdem hatte er in einer Anzahl weit verbreiteter Provinzialblätter folgende Anzeige veröffentlicht (S....):

> Für Philologen, Theologen, Zahnärzte, Apotheker, Chemiker u. A. Ausgedehnteste Hülfe bei den schriftlichen Arbeiten zum philosophischen Doctor- und Staatsexamen auf einer preussischen Universität; sicheres Einprägen der für beide mündlichen Examina geforderten Kenntnisse von einem ordentlichen Berliner Professor der Philosophie und Königl. Staats-Examinator. Auch für Auswärtige. Honorar mässig. Offerten etc.

D. unterzeichnete die Beantwortung daraufhin einlaufender Anfragen, sowie die Bestellungen etc. in verschiedener Weise: Professor der Philologie, Hofrath, Kgl. Staatsexaminator. Bei einer Karte lautet die Unterschrift: Professor Dr. D. (erst seit Juni hier). — Ausserdem versuchte er andere Täuschungen, wie z. B. aus einem, Vol. spec. I Fol... befindlichem, deutschen, mit einzelnen französischen Redensarten versehenem Anerbieten, in dieser — der angeblichen Muttersprache — zu unterrichten, sich ergiebt.

In Folge der oben berührten Anzeige des „Professor der Philologie und Königl. Staatsexaminators" wandten sich eine Anzahl Personen an D., um sich mit seiner Hilfe das Doctordiplom zu verschaffen. So wurde z. B. ein Lehrer in Lübeck nach Anzahlung von 500 M. von dem Prov. zunächst angeleitet, einen Ehrenschein auszustellen, dass er sich bei Abfassung der Arbeit der durchgreifenden Hülfe des p. D. bedient habe. Später scheint er dem Candidaten gerathen zu haben, in der begleitenden Versicherung nur wie gewöhnlich die „angegebene" Hülfe zu erwähnen, indem er die Meinung zu erwecken gesucht, dass die Facultät bezw. die Examinatoren von seiner (D.'s) Mitwirkung bereits durch ihn selbst unterrichtet seien.

In dieser Correspondenz theilte D. u. A. mit, dass Seine Majestät ihm den Titel eines Geh. Regierungsraths verliehen habe. D. versuchte regelmässig den betreffenden Personen vorzuschwindeln, dass die ihm befreundeten Decane und Examinatoren von seiner Mitwirkung in Kenntniss ge-

setzt seien und dieselbe billigten. Die Verpflichtung zum mündlichen Examen versprach er durch diese seine Verbindungen zu beseitigen. Er übersandte dann eine Dissertation gewöhnlich unter neuer Geldforderung. D., welcher die entstehenden Verzögerungen oder die Abweisungen in dreister Weise zu erklären suchte und damit bei den betreffenden Personen auch einige Male Glauben gefunden hat, gab später bei seiner gerichtlichen Vernehmung ohne Weiteres zu, die im ersten Falle verkaufte Dissertation aus einem früheren Programm des Friedrich-Werderschen Gymnasiums abgeschrieben und den betreffenden Doctoranden weiterhin zu falschen Vorspiegelungen angeregt zu haben. Einem zweiten Philologen gegenüber erklärte D., nicht nur ihm eine Erweiterung seiner Facultas verschaffen zu können, sondern er forderte ihn auch auf, die ihm angeblich angefertigte Arbeit, deren Einreichung an der Universität zu Y. erfolglos war, bei der philosophischen Facultät zu Z. einzureichen. Auch hier spricht er davon, dass er beim Cultusministerium für den Betreffenden gewirkt habe etc. „Ich bin noch aus der alten Schule von Gelehrten, die mit Peinlichkeit das Versprechen einhalten, aber ebenso peinlich auf das Worthalten eines Anderen sehen", schreibt er einem dritten Herrn, welchem er ebenfalls zu einer Dissertation verhelfen sollte (Fol. . . .).

Bei den Karten, selbst mit ganz unwesentlichem Inhalte, fällt stets die volle Unterschrift „Geheimrath Prof. Dr. D." auf.

Den Apotheker R. betrog er um 600 M., indem er ihm angeblich von der Universität Leipzig ein Thema etc. verschaffte. Ein anderer Apotheker erhielt wieder die Anweisung, auf dem Ehrenscheine, den er an die Facultät einsende, mitzutheilen, dass er sich der Hülfe des pp. D. bedient habe. Auf dem Ehrenscheine, der später von D. vorgeschrieben wird, steht jedoch nichts Derartiges. Die übersandte Dissertation ist wiederum wie in früheren Fällen „Die spanische Kanzlei". Bei Zurückweisung der Dissertation von der ersten Universität fordert D. zur Einsendung an die Facultät einer anderen auf, „deren Decan er gleich nach Ablauf der heutigen Examensitzung benachrichtigen werde". Für den Zahnarzt G. hat er die bei Einsendung der Dissertation beigefügte eidesstattliche Versicherung betreff der angewandten Hülfe, selbst geschrieben.

In mehreren anderen Fällen lehnten die Reflectanten weitere Verhandlungen ab. Der Prediger S. z. B. wurde durch den Schwulst von Titeln und das Drängen des D. auf Zahlung alsbald stutzig und warnte D. vor den Folgen seines Treibens.

D. setzte sein Unternehmen in stets gleicher Weise in Gang. Er schlägt bei entstehenden Schwierigkeiten auch stets einen sehr hochmüthigen Ton an, sodass der Lehrer W. zu B. ihn um Entschuldigung bittet, dass er das Anerbieten, einmal 150 und dann monatlich 20 M. abzuzahlen, nicht annehmen könne. Der Zahnarzt W. zu K. merkte, dass es sich um einen Schwindel handle, weil pp. D. in diesem Briefe wieder Alles zu übernehmen verspricht. „Für das Gelingen bürgt mein Wort, Stand, Stellung."

zed by Google

Dem Zahnarzt St. übersandte er u. A. eine Liste von zum Theil bereits fertigen Dissertationen zur Auswahl. Auf die Karten hat er jetzt vor das gedruckte „Hofrath" mit Tinte „Geheimer" geschrieben.

Die oben angeführten Thatsachen wurden zum Theil auf Grund der bei D. gefundenen Papiere zu Tage gefördert. D. räumte seine betrügerischen Handlungen ein, er gab weiterhin zu, dass er ohne Aussicht auf Bezahlung Wein entnommen, ein leihweis gehaltenes Pianino versetzt habe u. s. w., auch habe er einige Personen ärztlich behandelt.

Die freie Gesellschaft zur Beseitigung des Titel- und Ordenschwindels hatte inzwischen ein Schreiben des D., welches sie demselben entlockt hatte und worin die gewöhnlichen Versprechungen behufs Verschaffung des Diploms preussischer Universitäten zum Doctortitel gemacht waren, der Behörde eingereicht. Von Seiten des Königl. Ministeriums der Geistlichen-, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten wurde ebenfalls der Königl. Staatsanwaltschaft Mittheilung gemacht. Die Professoren Geh. Reg.-Rath Z. und D. wandten sich, wegen der im Leipziger Tageblatt erschienenen Annonce, dass ein „ordentlicher Berliner Professor der Philosophie und Staats-Examinator" Hülfe leiste, an die Kgl. Staatsanwaltschaft zu Leipzig.

In einer Fol. ... befindlichen Eingabe an das Königl. Polizei-Präsidium vom 12. März 1887 behauptete Prov. wiederum das Doctor- und Oberlehrer-Examen sowie das Director-Colloquium bestanden zu haben, auch in Wien und Neapel Philosophie docirt zu haben. Weiter bezeichnete er seine „ausgedehnteste" Hülfe als eine gründliche Durchsprechung der zum Staats- und Doctor-Examen gestellten Themata mit den Candidaten, während die Abgabe der Dissertation von ihm verschwiegen, und die Bezeichnung als ordentlicher Professor und Staats-Examinator auf den Einfluss eines nervösen Kopfleidens zurückgeführt wurde.

In der Vernehmung vom 7. Juni 1887 nimmt D. die frühere Angabe betreffs seiner academischen und staatlichen Würden zurück und bezeichnet die Quelle der drei von ihm verhandelten Dissertationen.

Auf Antrag der Kgl. Staatsanwaltschaft wurde von der Ferienstrafkammer I des Kgl. Landgericht I unterm 12. August 1887 beschlossen: Das Hauptverfahren zu eröffnen, weil pp. D. hinreichend verdächtig sei:

a) unbefugt Titel und Würden angenommen zu haben,
b) ohne hierzu approbirt zu sein, sich als Arzt bezeichnet zu haben,
c) durch 19 selbstständige Handlungen in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen, das Vermögen des Schulvorstehers K. u. s. w. u. s. w. dadurch beschädigt zu haben, dass er durch Vorspiegelung falscher und Unterdrückung wahrer Thatsachen einen Irrthum erregte,
d) durch 15 fernere selbstständige Handlungen den Entschluss, in der Absicht, sich einen rechtswidrigen Vermögensvortheil zu verschaffen, das Vermögen des Lehrers K. u. s. w. u. s. w. dadurch

zu beschädigen, dass er durch Vorspiegelung falscher und Unterdrückung wahrer Thatsachen einen Irrthum erregte,

durch Handlungen bethätigt zu haben, welche einen Anfang der Ausführung dieser beabsichtigten, aber nicht zur Vollendung gekommenen Verbrechen enthalten,

und zwar zu c) und d) nach mehrmaliger Vorbestrafung wegen Betruges,

e) durch eine fernere selbstständige Handlung, vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eidesstatt zuständigen Behörde, nämlich der philosophischen Facultät der Universität X., eine solche von ihm mit dem Namen Leopold G. unterzeichnete Versicherung wissentlich falsch abgegeben zu haben

und durch eben dieselbe Handlung

in rechtswidriger Absicht eine solche Privaturkunde, welche zum Beweise von Rechtsverhältnissen von Erheblichkeit ist, nämlich eine mit Leopold G. unterzeichnete eidesstattliche Versicherung, fälschlich angefertigt und von derselben zum Zwecke einer Täuschung Gebrauch gemacht zu haben,

und zwar in der Absicht, sich einen Vermögensvortheil zu verschaffen . . .

durch 2 fernere selbstständige Handlungen den K. und den G. zu den von denselben begangenen strafbaren Handlungen (eidesstattliche Versicherungen falsch abzugeben) durch Ueberredung vorsätzlich bestimmt zu haben. —

In der Sitzung der II. Strafkammer des Königl. Landgericht I vom 24. September 1887 wurde beschlossen, die Verhandlung gegen D. zu vertagen und denselben durch den gerichtlichen Sachverständigen bezüglich seines Geisteszustandes untersuchen zu lassen. Die zugleich angeklagten Einsender der von D. erhaltenen Dissertationen wurden, weil sie dabei ihre Versicherungen an Eidesstatt wissentlich falsch abgegeben hatten, zu 1 Monat resp. 6 Wochen Gefängniss verurtheilt [1]).

Unterm 31. October 1887 erstattete der Geh. Medicinalrath Dr. . . . ein Gutachten über den Geisteszustand des pp. D., auf das ich bezüglich mancher Einzelheiten zurückkommen werde. Der Sachverständige gelangt (Fol. . . .), nachdem bemerkt ist, dass eine Simulation dieses Zustandes: Intelligenzschwäche, Grössenideen, Sinnestäuschungen wegen der gleichzeitig damit einhergehenden körperlichen Lähmungserscheinungen nicht anzunehmen sei, zu folgendem Schlusse:

„Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der Angeschuldigte an

[1]) Das Reichsgericht hob das Urtheil gegen den einen dieser Angeklagten unterm 9. März 1888 deshalb auf, weil die philosophische Facultät gerade der Universität . . . zur Abnahme einer eidesstattlichen Versicherung in Bezug auf den vorliegenden Fall nicht zuständig sei.

zed by Google

fortschreitender Lähmung (paralytischem Blödsinn) leidet, einer Krankheit, die zwar Remissionen macht, aber unheilbar ist.

Die Strafthaten, deren der Angeschuldigte bezichtigt wird, dürften nach Allem unter dem Einfluss seiner Krankheit, seiner Grössenideen verübt worden sein.

Jedenfalls ist anzunehmen, dass der Angeschuldigte schon längere Zeit, wahrscheinlich über Jahr und Tag, an seiner Krankheit leidet und äussere ich mich schliesslich gutachtlich dahin:

1. Der Angeschuldigte leidet und hat bereits längere Zeit gelitten an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, durch welche u. s. w.
2. Er ist nicht vernehmungsfähig.
3. Er ist unter dem Einfluss seiner Grössenideen als gemeingefährlich zu erachten."

Demgemäss wurde beschlossen, das Verfahren gegen pp. D. vorläufig einzustellen, da derselbe nach der That in Geisteskrankheit verfallen sei.

D. wurde nunmehr am 20. November 1887 durch das Polizei-Präsidium der Irrenabtheilung der Königl. Charité, und von dort der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf zugeführt. Gegen ein Gesuch der Ehefrau um Entlassung erhob das Königl. Polizei-Präsidium Bedenken.

Am 19. April 1888 entwich D. aus Dalldorf, wurde jedoch bereits am nächsten Tage zurückgebracht.

Am 3. Januar 1889 fand Termin in Betreff der Entmündigung des D. statt. Die zugezogenen Sachverständigen Medicinalrath Dr. ... und Ober-Arzt Dr. ... gaben im April 1889 ihr Gutachten in eingehender Begründung dahin ab, dass pp. D. zwar an einer gewissen Geistesschwäche leide, zur Zeit aber weder als blöd-, noch wahnsinnig im Sinne des Gesetzes zu erachten sei. Demgemäss wurde von dem Königl. Amtsgericht I Berlin, Abth. 50 unterm 7. Mai 1889 der Antrag auf Entmündigung abgelehnt.

Unterm 23. Mai 1889 beschloss das Kgl. Land-Gericht II Strafkammer I das Verfahren gegen den Angeklagten D. fortzusetzen und denselben wiederum in Untersuchungshaft zu nehmen.

Am 4. Juni 1889 aus Dalldorf in das Untersuchungsgefängniss zurückgeführt, richtete D. am 8. von dort an die Strafkammer das Ersuchen, ihn unverzüglich aus der Untersuchungshaft zu entlassen. Er sei seitens der von ihm namentlich angeführten Aerzte „als zur Zeit der Strafthaten, ja schon vor dieser Zeit, geisteskrank" erklärt worden. Es unterliege nicht dem mindesten Zweifel, dass er demnächst freigesprochen werden müsse. Fast 8 Monate lang habe er schuldlos in Untersuchungshaft zugebracht. Namenloses Elend habe eine langjährige Geisteskrankheit in somatischer wie in psychischer, in ethischer wie juridischer Beziehung über ihn gebracht. Er werde von Neuem der Gefahr einer Geisteskrankheit ausgesetzt u. s. w. — D. bittet schliesslich, falls dies Gesuch abgelehnt werden sollte, um baldigen Termin und besseres Gefängniss etc.

In der Sitzung vom 29. Juni 1889 wurde D. bezüglich der ihm zur Last gelegten Strafthaten freigesprochen: nachdem die Sachverständigen Geh. Medicinalrath Dr. ..., Medicinalrath Dr. ... und Oberarzt Dr. ... sich dahin ausgesprochen hatten, dass pp. D. sich zur Zeit der ihm zur Last gelegten Handlung in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. In den Gründen ist angeführt, dass sich feste Anhaltspunkte den Gutachten gegenüber, welche die Simulation verneinten, nicht gewinnen liessen. Der Angeklagte sei nach und nach durch die in Dalldorf ihm zu Theil gewordene Behandlung gegenwärtig soweit genesen, dass er nicht mehr als krank gelten könne.

Am 29. Juni 1889 wurde D. in Freiheit gesetzt. Am 10. Juli erbat er sich eine Ausfertigung des Erkenntnisses im Entmündigungsverfahren. Er unterschreibt dieses Gesuch jetzt „Hermann D.“.

Im August 1889 mischte er sich in die Angelegenheit eines in der Anstalt mit ihm bekannt gewordenen und später beurlaubten schwachsinnigen Menschen, welcher mit einer ebenfalls früher in der Anstalt behandelten Prostituirten ein Verhältniss angeknüpft, sich dann aber mit derselben veruneinigt hatte. Inwieweit die hierbei gegen diese Person ausgesprochenen Bezichtigungen thatsächliche Unterlage haben, ist nicht festgestellt.

Am 10. September 1890 wurde D. wegen wiederholten, theils vollendeten, theils versuchten Betruges von neuem zum Isolirgewahrsam eingeliefert. Er räumte auch alsbald ein, in der Zeit vom Juni bis jetzt in mindestens 14 Fällen hiesige Gewerbetreibende um Lieferung von Waaren auf Credit ersucht, sich in den Gesuchen an diese fälschlich als Doctor, Dr. juris, Gerichtsassessor, auch Amtsrichter bezeichnet zu haben. Er habe dabei auch unwahre Angaben gemacht, dass er definitiv angestellt und im Stande sei, von seinem Gehalte Zahlungen zu leisten. In 7 Fällen habe er Waare erhalten.

Desgleichen gab D. zu, weiterhin in mindestens 11 Fällen sich zur Ertheilung von Unterricht, unter der fälschlichen Angabe, dass er Lehrer an der Kriegsacademie und gerichtlicher Translator sowie Angehöriger der Nation, deren Sprache erlernt werden sollte, sei, erboten zu haben. Nach Ertheilung der ersten Stunde habe er einen Vorschuss von 30—100 Mark gefordert und zum Theil erhalten, dann aber den Unterricht abgebrochen. Auch hierbei habe er sich fälschlich als geprüfter Lehrer, Reichstagsstenograph etc. ausgegeben.

Weiter sei er in der Absicht, sich fälschlich als Arzt auszugeben und eventuell Praxis als Arzt auszuüben, in Folge eines Inserats, in welchem sichere Hülfe in discreten Angelegenheiten gesucht wurde, in Verbindung mit einem jungen Mädchen getreten. Auf das ihm gestellte Ansinnen, dieser im 4.—5. Monat schwangeren Person die Leibesfrucht abzutreiben, habe er sich als Professor der Medicin ausgegeben und in drei Raten die

zed by Google

von ihm für die Vornahme der strafbaren Handlung verlangten 80 M. erhalten. Für die Schwangere seien von ihm täglich Recepte, unterzeichnet Dr. D. und auf beliebige Namen lautend ausgestellt und die Mittel aus hiesigen Apotheken beschafft worden. Die Recepte hätten Oleum crotonis, Tartarus boraxatus, Arsen und Chloralhydrat verordnet. Ob dieselben geeignet seien, den gewünschten Erfolg zu erzielen, wisse er nicht, habe diese Wirkung auch gar nicht beabsichtigt, sondern sich blos Geld verschaffen wollen.

Am 12. September 1890 bemerkt D., dass er seine Handlungsweise auf seinen geschwächten Geisteszustand zurückführe. Die Unterschrift des Angeschuldigten ist hier im Gegensatz zu den früheren auffallend zitterig (U. R. I. S...).

Am 17. September 1890 beschwert sich D. in ebenfalls zittriger Schrift über den Herrn Untersuchungsrichter und nennt sich einen „überaus unglücklichen Mann, der, wenn er nach Ansicht des Gesetzes wieder gefehlt hat, dies keinem anderen Umstande zu danken hat, als einer zu frühen Entlassung aus der Irrenanstalt".

Im weitern Verlaufe der Angelegenheit wurde die Voruntersuchung noch auf eine grössere Anzahl anderer Betrugsfälle ausgedehnt. — Mit Rücksicht auf die früheren Ereignisse erhielt der gerichtliche Physicus Medicinalrath Dr. ... am 21. November 1890 die Aufforderung, sich gutachtlich über den Geisteszustand des pp. D. zu äussern.

In den Unterredungen, welche dieser Sachverständige am 24., 27., 28. November 1890 mit dem Angeschuldigten führte, behauptete D. wieder, das Oberlehrerexamen gemacht und den Professortitel der Philosophie vom Cultusministerium erhalten zu haben; den Professortitel der Medicin habe ihm Wilhelm der Grosse für wissenschaftliche Entdeckungen verliehen etc. Ueber die Dosirung der von ihm verordneten Mittel befragt, gab er ganz unsinnige Zahlen an. D.'s Benehmen bezeichnet der Gutachtende als ein höhnisches und schliesst, „dass dieser Mensch wieder in Geisteskrankheit verfallen sei" und dass pp. D. zur Zeit der Begehung der strafbaren Handlungen sich abermals in einem Zustande von Geistesstörung befunden habe, durch welchen u. s. w.

Demgemäss beschloss das Königl. Landgericht I, den pp. D. wegen der ihm zur Last gelegten Strafthaten, ausser Verfolgung zu setzen und aus der Untersuchungshaft zu entlassen. (Die gleichzeitig angeschuldigte Frauensperson wurde ebenfalls ausser Verfolgung gesetzt, weil sich durch die Untersuchung keine ausreichende Verdachtsmomente ergeben hatten.)

D. wurde dem Königl. Polizei-Präsidium mit dem Ersuchen um Unterbringung desselben als gemeingefährlicher Geisteskranker überwiesen.

Am 25. December 1890 bescheinigte der Bezirks-Physicus Sanitätsrath Dr. ...

D. gäbe an, Professor der Philosophie und Medicin zu sein, mit Sr. Majestät Wilhelm I. in Verbindung gestanden zu haben u. s. w.

D. leidet an „chronischer Verrücktheit“ und tragen die sein Bewusstsein beherrschenden Wahnideen das Gepräge des Grössenwahns an sich. Jedoch sind viele seiner prahlerischen Behauptungen bewusste Lügen. Weder Lähmungserscheinungen noch Sinnestäuschungen konnten bei dem Untersuchten nachgewiesen werden...

Danach gelangte D. wieder durch die Königl. Charité am 20. Januar 1891 in die Dalldorfer Anstalt zurück.

Bei seiner Aufnahme hierselbst brachte er dem untersuchenden Arzte gegenüber im Wesentlichen dieselben auch während des kurzen Charitéaufenthalts geäusserten Angaben vor. Ferner behauptete er Ende Januar 1891 an den früheren Aufenthalt in Dalldorf gar keine Erinnerung zu haben.

Ich komme auf diese Aussagen alsbald im Einzelnen zurück. —

Vom 24. Februar d. J. ab habe ich den pp. D. wiederholt untersucht. Ehe ich jedoch über das Ergebniss berichte, habe ich die obigen Mittheilungen über das Vorleben des D. noch wesentlich zu ergänzen. Bei der Schwierigkeit des Falles wollte ich zunächst in grossen Zügen das Vorleben des D. mit besonderer Berücksichtigung der äusseren Ereignisse schildern. Nunmehr kann ich das Material anführen, welches über die bisherige körperliche und geistige Beschaffenheit des Prov. sich hat sammeln lassen. Dahin gehören Angaben seiner Angehörigen über Erblichkeit, über seine frühere Haltung, seine geistige Individualität und etwaige Krankheitszustände. Dahin gehören die in den vielfach über D. abgegebenen Gutachten enthaltenen Mittheilungen, soweit sie nicht Schlüsse, sondern objective Befunde enthalten. Schliesslich gehören dahin auch die eigenen Angaben des D. und namentlich die verschiedenen Behauptungen über Wahnideen, Sinnestäuschungen, Gedächtnissschwäche etc.

Betreffs des Werthes dieser letztgenannten Aeusserungen des D. möchte ich hier nochmals auf die im Eingange hervorgehobene Lügenhaftigkeit des Prov. hinweisen.

Die Schwester des pp. D. (welche seit längerer Zeit den Verkehr mit ihm abgebrochen hatte) gab während seines ersten Aufenthalts in Dalldorf (ohne von Kopfverletzung etwas zu erwähnen) an: 15 Jahre alt sei D. an Nervenfieber erkrankt; damals habe der Arzt gesagt, er werde wohl nie gesund werden, auch kaum die Schule absolviren können. Letzteres habe er jedoch mit vielem Fleisse durchgesetzt. Die Mathematik wurde ihm schwer; im deutschen Aufsatz war er vorzüglich. D. sei immer excentrisch und ungesellig gewesen. Er verkehrte nie mit Schulkameraden. Das Abiturientenexamen bestand er mit 20 Jahren. War 14 Tage Soldat und wurde dann zurückgestellt, da der Stabsarzt ihn für herzleidend erklärte. Erst studirte er ½ Jahr Theologie, ging dann zur Philologie über. Als Candidat wurde er krank (23 Jahre alt), hatte Krämpfe, schlug immer mit den Händen an die Bettstelle, sprach wirres Zeug; nachher wusste er von den Anfällen Nichts. Er verschaffte sich schon damals Morphium, da er be-

hauptete, nicht schlafen zu können und Kopfschmerzen und Schwindel zu haben. Bereits als Candidat erzählte er zu Hause, dass er mit reichen und hochgestellten Leuten sehr intim sei, z. B. mit Bleichröder und beschrieb ganz genau die Einrichtung ihrer Wohnungen, zeigte Briefe derselben etc. Zuerst glaubte man ihm nicht; da er aber so überzeugend erzählte, auch seiner Familie den Besuch hochgestellter Personen in Aussicht stellte, schenkte man ihm schliesslich Glauben. — Mit 24 oder 25 Jahren verheirathete er sich. Schon damals brachte er seine Mutter vielfach in pecuniäre Verlegenheiten, borgte sich Geld bei Wucherern und Bekannten, wofür die Mutter aufkommen musste. Zu dieser Zeit bereits zeigte er für den Katholicismus eine grosse Vorliebe. (Prov. ist übrigens nicht katholisch geworden.) Im vorigen Jahre (1887) wollte er Priester werden. — Er lebte unglücklich mit seiner ersten Frau, von der er 2 Kinder hatte. Vor $1^1/_2$ Jahren hat dieselbe sich von ihm scheiden lassen, weil er zu Zuchthaus verurtheilt wurde.

Aus dem Zuchthause am 6. Mai 1886 entlassen, erklärte D. alsbald, er wolle katholisch werden. Er blieb damals nur einen Tag bei den Verwandten und zog dann sofort nach der Brüderstrasse. Nach einer Woche zeigte er an, dass er sich mit einer Katholikin verlobt habe. Einige Tage vorher hatte er noch sehr über den Verlust seiner ersten Frau und seiner Kinder gejammert.

Die jetzige Frau des D. machte während seines ersten Aufenthalts in Dalldorf über ihn folgende Angaben: Sie sei seit 1886 mit ihm verheirathet und habe eine Tochter. Ueber erbliche Belastung konnte sie keine Auskunft ertheilen. D. wohnte bei ihrer Mutter als Chambregarnist und sagte, er sei Professor in Neapel. Er gab Sprachunterricht an junge Kaufleute etc. Vor der Hochzeit schrieb er sich nur Doctor, nach der Hochzeit fing er an, sich Professor zu nennen und sich neue Schilder mit Hofrath etc. anfertigen zu lassen. Die Frau glaubte, er sei Arzt, denn er ging angeblich jeden Tag zur Charité. Weihnachten 1886 träumte er lebhaft, sprach viel in halbwachem Zustande, behauptete, mit dem Kaiser etc. zusammen gewesen zu sein, sodass es der Frau auffiel. Dann blieb er einmal 3 Tage fort. Er schwindelte Offizieren vor, er könne ihnen Orden und Titel besorgen. Dr. phil. und Schriftsteller sei D. wirklich. Das wisse sie von der Polizei. Von dem Vorleben des Patienten vor 1886 konnte sie Nichts angeben.

Am 30. März 1888 wandte die Ehefrau sich in einer Eingabe an die Anstalt mit der Bitte um Beurlaubung des Mannes. Darin sagt sie, dass ihr Mann jetzt körperlich und geistig vollständig genesen sei. Weiterhin heisst es in einer zweiten Eingabe, unterschrieben von der Frau und den Schwägerinnen des D., dass derselbe während der ganzen Zeit ihrer Bekanntschaft immer Ueberlegung und Ruhe, Klarheit und Schärfe des Urtheils bewiesen und niemals Spuren von einer geistigen Störung gezeigt habe. Unterm 31. Dec. 1888 bittet die Frau die Anstaltsärzte, darauf hin-

zuwirken, dass D. nicht bestraft werde, eher solle er in der Anstalt bleiben. „Ich muss mich ja nun schon so wegen meines Mannes schämen, wenn er nun noch erst Strafe bekäme."

Am 10. August 1890 (kurz vor der Wiederverhaftung des D.) schreibt die Frau: „Mein Mann leidet schon wieder an religiösem Wahnsinn; er geht jeden Tag in die katholische Kirche, nimmt schon beim Kaplan F. daselbst Unterricht, er wird bald katholisch. So lange ich gesund blieb und arbeiten konnte, blieb er bei uns, wie er aber wusste, dass ich bald entbinden werde, zog er heimlich fort." ...

Weiter theilt sie mit, dass er erst noch alles versetzt habe und seit 4 Monaten allein Chambregarnie wohne, natürlich jeden Monat wo anders, da er nur zu Wittwen ziehe, denen er die Miethe nicht ganz zu bezahlen brauche. Sie müsse sich scheiden lassen. „Er schreibt sich nun schon Dr. juris."

Ich wende mich zu den ärztlicherseits über D. abgegebenen Aeusserungen.

Der erste Gutachter findet bei D. Zittern, steifen, unsichern Gang, blasses Aussehen, Tieferstehen der rechten Gesichtshälfte. Ihm erschienen die Angaben des pp. D. über sein Vorleben, wegen des hervorgetretenen Gedächtnissmangels, völlig unzuverlässig. D. müsse sich auf die einfachsten Dinge, auf die Namen seiner Geschwister, seines Kindes etc. besinnen.

Die Mittheilungen der Charitéärzte erwähnen, dass D. still und ruhig sich verhielte und vom Aufenthalte in Brandenburg gar nichts wissen wolle. Aus seinem Leben erzählte er mancherlei, wollte aber von vielen wirklichen Vorfällen nichts wissen.

Angegeben wird noch, dass D. sich scheinbar meist von den Kranken abseits zu halten suche, in Wirklichkeit aber gern mit anderen zusammenstecke und dieselben zu Störungen anzuregen versuche, wobei er sich vollkommen harmlos stelle.

Aus dem über D. in Dalldorf geführten Journale entnehme ich folgendes:

D. erklärte beim Eintritte, Professor der Medicin, Geheimer Hofrath, Examinator im Staatsexamen zu sein. Er sei auch Reserveoffizier. Die Dissertationen habe er anfertigen dürfen. Er stehe über dem Gesetze, wie der Kaiser. Bei Befragen nach anatomischen und medicinischen Verhältnissen nennt er bekannte Mediciner als seine Lehrer, obgleich dieselben die in Frage kommenden Fächer gar nicht vertreten. D. antwortet bereitwillig auf Fragen aus der Arzneilehre, documentirt dabei aber natürlich sehr oberflächliche Anschauungen. Er ist sehr höflich gegen die Aerzte, wünscht die Schlaf- und Appetitlosigkeit los zu werden. Körperlich ist eine unbedeutende Narbe in der Mitte der Stirn bemerklich. Der Schädel soll beim Beklopfen empfindlich sein. Es ist objectiv von Störung des Nervensystems und der Sinnesorgane nichts wahrzunehmen. Die Herztöne sind nicht

völlig rein. Ernährungszustand mittelmässig. In der folgenden Zeit ist der Appetit wechselnd, auch der Schlaf wird von ihm als mangelnd angegeben.

Bald erklärt D., nachdem ihm gesagt worden, dass die von ihm als Lehrer angeführten Mediciner diese klinischen etc. Fächer gar nicht lesen und dass er von Medicin nichts verstehe, er werde mit aller Macht gegen diese Dinge kämpfen, um über sich selbst zur Klarheit zu gelangen. Natürlich sei das sehr schwer, Dinge, die man bisher für Thatsachen gehalten, für Vorstellungen annehmen zu sollen. Bald darauf behauptet er, er sei in Neapel Professor gewesen, vom Zuchthause wisse er nichts. Wie solle er so etwas vergessen? er habe ein gutes Gedächtniss! Nachdem er in einem Briefe an seine jetzige Frau unter Anderem geschrieben „Gott und die heilige Jungfrau möchten sie beschützen", bestreitet er in einem Briefe etwa 8 Tage später, schon einmal verheirathet gewesen zu sein. Auf die Vorhaltung, dass er, wenn er dies nicht wisse, krank sein müsse, bemerkt er, das wäre ja schrecklich, wenn ich mir das Alles sollte eingebildet haben. 12 Tage später sagt er, jetzt erinnere er sich dunkel seiner ersten Ehe, nachdem ihm mehrfach versichert sei, er sei schon einmal verheirathet gewesen. „Herr Doctor, ich habe noch eine Bitte, wenn das wirklich Wahnideen sind, die ich habe, so möchte ich Sie bitten, möglichst oft auf mich so einzuwirken, dass das Unsinn ist." — Und weiterhin: „Wenn ich im Zuchthause gewesen sein sollte, müsste ich ja schrecklich gesunken sein." — Einige Tage später: „Jetzt sehe ich ein, dass das ganz verrückte Ideen gewesen sind ... mein Verderben ist wohl mein colossaler Ehrgeiz gewesen." Auf eine entsprechende Andeutung hin bemerkt er noch, von Simulation könne bei ihm keine Rede sein. Er habe sich ja dagegen gesträubt, geisteskrank zu sein und dem Untersuchungsrichter, der ihm gesagt: „Sie sind nicht ganz bei Troste, ich werde Ihnen den Physicus hinschicken", erwidert, er sei klar und werde dem Physicus nicht antworten. — Einige Wochen darauf äussert D., er befinde sich sehr gut, sei glücklich von allen Wahnvorstellungen befreit zu sein, erinnere sich nun auch seiner ersten Heirath vollkommen. Mit dem Kaiser habe er lange Zeit in Rapport zu stehen geglaubt. Nach einem Klingeln hörte er die Stimme des Kaisers. Seine frühere Handlungsweise erscheine ihm jetzt unbegreiflich. Er verschwört sich in jeder Weise, dass er nie wieder eine Gesetzwidrigkeit begehen werde. Im April 1888 beschäftigt er sich angeblich mit der Abfassung eines Aufsatzes über Tiberius, welcher aber, wie sich herausstellt, aus einer illustrirten Zeitschrift von ihm abgeschrieben ist. Auf Befragen antwortet er, das habe er aus „Niedertracht" gethan, aus Aerger, dass man ihn nicht entlasse; man möge das doch nicht in seine Acten schreiben. Im nächsten Monate lieferte D. allerhand Producte, welche seine geistige Thätigkeit beweisen sollten und erklärte, sich draussen mit Stundengeben ernähren zu können.

Im Mai 1888 wurde von den behandelnden Aerzten dem Kgl. Polizei-Präsidium berichtet:

„Der pp. D. ist schon seit Jahren geistesgestört und bereits geistesschwach geworden; die Grössenideen, welche er Ende des vergangenen Jahres äusserte, lässt er jetzt nicht mehr verlauten; dagegen tritt jetzt, wie bereits angedeutet, die Oberflächlichkeit seines gesammten Denkens deutlich in die Erscheinung. Er unterschätzt, wie verhängnissvoll sein Zustand geworden, würdigt nicht genügend seine Conflicte mit dem Strafgesetz und verkennt die Schwierigkeiten, welche ihm für die Zukunft erwachsen. Er hat auch das Urtheil über die Bedeutung geistigen Eigenthums verloren und legt auch hier von ihm Gelesenes und aus der Erinnerung Niedergeschriebenes vor, ohne hervorzuheben, dass es nicht sein geistiges Eigenthum sei, sondern offenbar in entgegengesetzter Absicht. Und hiermit documentirt er nicht nur den Zug, sich mit fremden Federn zu schmücken und seine Nichtachtung vor fremdem geistigem Eigenthum, sondern auch seine Geistesschwäche, denn das Niedergeschriebene ist einmal so, dass es kaum Jemand ohne beträchtliche litterarische Hülfsmittel, die dem pp. D. hier abgehen, zu Papier bringen kann, das andere Mal setzt es eine Vielseitigkeit und Gediegenheit der Bildung voraus, die nur sehr Wenigen verliehen ist; und dies entgeht der Urtheilsschwäche des Patienten."

Aehnlich lautet eine ärztliche Aeusserung an die Königl. Staatsanwaltschaft vom 11. Juli 1888.

Unterm 14. November desselben Jahres heisst es in einem Atteste: Der pp. D. ist sehr freundlich, fügsam und beschäftigt sich. Seine früheren Grössenideen sind vollkommen zurückgetreten, dagegen documentirt er Geistesschwäche.

Im December klagte D. wiederum über Kopfschmerzen und Schmerzen in der Magengegend, die er auf Kummer über das Verhalten seiner Frau zurückführt.

Am 3. Januar 1889 fand, unter Zuziehung des Medicinalrath Dr. ... und Oberarzt Dr. ... als Sachverständiger ein Termin in Sachen Entmündigung des pp. D. statt (Acten E. No. 173/88 S. 15).

D. gab seine früheren Conflicte mit dem Strafgesetze den Acten entsprechend an, zeigte genügende Erinnerung und Verständniss der Fragen. Er glaubt früher krank gewesen und jetzt gesund zu sein. Die längere Internirung häufe seinen Familienkummer, da seine Frau, welche sein einziges Lebensglück bilde, sich von ihm scheiden lassen wolle. Er rechnete richtig und erinnerte sich dabei genau, bei welcher Gelegenheit er früher falsch gerechnet hatte. Die Sachverständigen erklärten ein definitives Urtheil noch nicht abgeben zu können und erst die verschiedenen über das Vorleben vorhandenen actenmässigen Nachweise berücksichtigen zu müssen.

Am 29. April 1889 begutachteten die beiden Sachverständigen sodann, dass sie den pp. D. zur Zeit weder für blöd- noch wahnsinnig im Sinne des Gesetzes erachteten. Die Sachverständigen führen an, dass D. immer

zed by Googl

eine gewisse Geistesschwäche dargeboten habe und auch jetzt noch biete, dass man aber nach dem Verhalten im Termine und nach seiner Vita (s. unten) Bedenken tragen müsse, ihn zur Zeit für blödsinnig zu erachten. Die Sinnestäuschungen, Wahn- und Grössenideen scheinen sie als früher vorhanden anzunehmen, wenngleich stellenweise D., zwischen diese krankhaften Vorgänge hinein „in absichtlicher Weise log und schwindelte". Die Sachverständigen verhehlen nicht, dass Menschen wie D. leicht in Zustände gerathen können, in welchen sie als blödsinnig im gesetzlichen Sinne anzusehen seien und machen darauf aufmerksam, dass sich der Zustand des pp. D. unter ungünstigen Aussenverhältnissen leicht verschlimmern und dass D. selbst ohne solche Einflüsse leicht in verbrecherische Handlungsweise zurückverfallen könne.

D., welcher schon zum Termine einen Ueberblick über seinen Zustand in ausführlicher schriftlicher Darstellung gegeben hatte, arbeitete dann in den nächsten Monaten ein ausserordentlich ausgedehntes Werk über seinen Lebenslauf, die schon oben erwähnte Vita, aus.

In dem ersten Schriftstück hatte er den Beweis zu führen gesucht, dass er nicht zu entmündigen, sondern als gesund der Kgl. Staatsanwaltschaft zu übergeben sei.

Das zweite ebenfalls bei den Entmündigungsacten des Königl. Landgericht I befindliche Schriftstück von 858 Folioseiten begleitet er mit der Erklärung, dass er aus falscher Scham auch nach erfolgter Genesung die bewusste Unwahrheit aufrecht erhalten habe, nämlich, dass er Dr. phil. sei. „Selbstredend werde ich auch diesen Titel weder hier noch in der Freiheit mehr führen ... Lieber gar keine Titel, ja lieber als der einfachste Arbeiter und frei sein, als noch lange im Irrenhause."

Diese weitläufige Ausarbeitung, welche für die Beurtheilung des pp. D. von wesentlichstem Interesse ist, aus der aber hier selbstverständlich nur Weniges angeführt werden kann, ist mit einer gewissen stylistischen Gewandtheit geschrieben, ja die Ausdrucksweise ist eine blühende. Manche Ausdrücke berühren bei Beginn der Lectüre nicht unangenehm. Wenn auch schon im Eingange die etwas schwulstige Schilderung der politischen Lage auffällt, mit welcher D. die Angabe seiner Geburtszeit begleitet, so tritt doch erst, je mehr man im Lesen fortschreitet, das Ueberflüssige, Gesuchte, zum Theil ganz Unpassende der Darstellung und einzelner Ausdrücke auffällig hervor. Die Sprache wird immer phrasenhafter. Die Citate aus klassischen, namentlich griechischen, Schriftstellern werden häufiger, aber sie wiederholen sich auch immer öfter.

Besonders eingehend sind von D. die angeblich bei ihm vorhandenen psychischen Bewegungen dargelegt, wobei mit Vorliebe von „der kranken zerrütteten Seele — unter dem betäubenden Dufte einer wahnsinnig gesteigerten Sinnlichkeit" und Aehnlichem einerseits — „von der stahlharten Gesundheit der Nerven und der Seele, von dem eisernen Willen der genesenden Seele" etc. andererseits die Rede ist. Die Schilderung eines

Spazierganges mit einer angeblichen Geliebten (von der nebenbei bemerkt bei einer später eintretenden Untersuchung D. nicht mehr Viel anzugeben wusste) lautet S. 509:

„Es war Ende August geworden. Der Spätsommer, der eilig schreitende, mit dem südlichen fruchttreibenden Athem, hatte uns noch einmal seine ganze Pracht in den Schoss geworfen.

Meine Emma und ich, beseligt wie immer von namenlosem Liebesglück, hatten soeben — es war ein Sonnabend Nachmittag — einen weiten Spaziergang nach dem Pichelsberg gemacht, und rasteten dort, in zärtlichster Liebe aneinandergeschmiegt, auf einem versteckten Moosplätzchen. Die Sonne tauchte eben in den breiten Havelsee und wob ein weithin schimmerndes goldnes Netz um den blauen Glanz, als wollte sie beider Schönheit in eins verschmelzen. Die grossen Bäume hatten ihre grauen Zweige noch über und über mit veilchenblauen, süssduftenden Blumen besteckt. Die Berge zur Linken, drüben das Schildhorn und die Gatower Berge waren von rosigen Lichtern umwallt. Und so wie sich Alles in leuchtender Freude schmückte, war ja unser beider Herz erst recht dem lichtathmenden Frohsinn geöffnet und fühlte sich dadurch auch unserer grossen Mutter Natur verwandt.

Allmälig stieg der Mond am Horizont empor. Der Himmel ward von einem süssen seelenbezaubernden Helldunkel übergossen, in dem zarte weisse Wolken schwammen wie silberhelle schlafende Schwäne. Das Wasser aber erhob sich schwellend in diesem Lichte und schien aus dem lastenden Dunkel der Schatten hervorzueilen, um in ihm zu spielen.“ . . .

So wird der Bericht über ein angeblich von ihm als 16jähriger Gymnasiast erlebtes Ereigniss eingeleitet.

Derartige Schilderungen von Gegenden etc. findet man häufig eingefügt. Die Situationen werden möglichst eingehend beschrieben, oft unter Heranziehung von Nacht, Mondschein, Glockenschlag. Die Eigenschaften der handelnden Personen sind in übertriebener Weise hervorgehoben. Alles ist mit Epithetis versehen: „süss“, „seelenvoll“ etc. Namentlich von der Mutter wird stets mit überschwenglichstem Pathos und in nicht ganz verständlichem Sinne gesprochen. Vergleiche spielen eine grosse Rolle, ohne jedoch stets als völlig richtig sich darzustellen.

Was nun den Inhalt dieses, wie bemerkt im Frühjahr 1889 nach dem Entmündigungstermine von ihm verfassten Schriftstücks betrifft, so lässt sich naturgemäss über die Richtigkeit jedes einzelnen Punktes volle Sicherheit nicht gewinnen. Immerhin scheint dasselbe eine gewisse Zahl von Angaben zu enthalten, welche mit der Wahrheit nicht übereinstimmen.

Seine zum Theil cynischen Schilderungen des äusseren Lebensganges schliesst gleichwohl D. mit den Worten, dass er die reine ungeschminkte Wahrheit in jeder Linie, in jedem Worte gesagt habe.

Er verweilt mit grossem Eifer bei den Schilderungen seiner, angeblich

zed by Google

von Jugend auf bestehenden, krankhaften Zustände. Dieselben sollen sich an einen schweren Sturz in der Kindheit angeschlossen haben. (Beim directen Befragen zur Zeit der Aufnahme hatte er Kopfverletzungen in Abrede gestellt.)

Mit einem grossen Aufwande von Beredtsamkeit schildert D. Illusionen, die ihn in seiner Jugend mit Flussgöttinnen und anderen mythologischen Personen verknüpft hätten, Beziehungen zu Kaiser Wilhelm I., welche bis in seine Schulzeit zurückreichend, die eingehendste Fürsorge und Theilnahme des Kaiserlichen Herrn an seinem Schicksal darstellen und Aehnl. (namentlich in der Schulzeit auftretenden Ideen und Phantasmen, über Pythagoras, die Veränderung des Körpers etc.).

Aus der frühesten Jugendzeit wird das Auftreten von Sinnestäuschungen angegeben. Ich führe gerade diese Dinge an, weil — wie vorausbemerkt sei — mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass in der That bei dem damals zehnjährigen Knaben nächtliche Angstzustände mit Gesichts- oder Gehörsphantasmen, zum Theil ähnlich dem als Pavor nocturnus bezeichneten nervösen Zustande, aufgetreten sind. Die aus der späteren Zeit berichteten vielfachen visionären Zustände sind zwar in diesem Umfange oder dieser Häufigkeit vielleicht nicht vorhanden gewesen, indessen hat die Lebhaftigkeit einzelner dieser Darstellungen eine grosse Bedeutung für die Frage nach den geistigen Eigenthümlichkeiten des pp. D. Die Vision des Todes als weisse Gestalt mit umgekehrter Fackel, einige der später auftretenden, in die Zeit des 12.—15. Jahres verlegten Phantasieerscheinungen werden mit so grosser Treue geschildert, dass sie wohl nicht ohne jeden Anlass, etwa in dem Bestreben zu täuschen, willkürlich geschaffen sind, sondern an lebhafte Erinnerungen aus dieser Zeit angeknüpft zu sein scheinen.

Nicht unerheblich ist auch die Schilderung eines Zustandes, in dem D. angeblich bei seiner bestimmten Umgebung glaubte, schon früher einmal dasselbe erlebt zu haben und den ferneren Ablauf der Dinge nunmehr für die nächste Zeit vorauszusehen.

Von der behaupteten, in früher Jugend erlittenen schweren Kopfverletzung, bezw. von den eben geschilderten Zuständen, welchen theilweise wirkliche Begleiterscheinungen einiger in der Entwickelungszeit überstandenen fieberhaften Erkrankungen oder spätere nervöse Erscheinungen zu Grunde gelegt sind, ausgehend, schreibt D. nun eine Geschichte seines, wie er sich zum Schlusse ausdrückt „26jährigen Seelenleidens“. Seine ganze Vergangenheit ist dabei von dem Gesichtspunkte aus betrachtet, die üblen Einflüsse, welche ihn getroffen, die — zum Theil wohl wirklich vorhandenen — psychischen Eigenthümlichkeiten, die dazwischenfallenden körperlichen Erkrankungen, in innere Beziehungen zu seiner angeblichen krankhaften Denk- und Handlungsweise zu bringen. In diesem Sinne spricht er von mehreren „Perioden“ seines Leidens und verbreitet sich über die zu Grunde liegende „Encephalitis“, deren Fortschreiten und deren Nachlass er genauer abzugrenzen bestrebt ist.

Eine ausserordentlich eingehende Ausführung widmet er unter Zugrundelegung mir nicht völlig verständlicher physikalischer und mathematischer Anschauungen, seinem geistigen Zustande um die Zeit des 20. Lebensjahres.

Mit Beziehung auf die für die ganze Auffassung des Falles wichtige und später noch zu besprechende Frage, ob zur Zeit der Abfassung der Vita D. wirklich Einsicht für eine früher bei ihm vorhandene krankhafte Störung gewonnen habe und ob er damals von Abweichungen frei gewesen sei, sei noch kurz Einiges aus dieser Schrift hervorgehoben.

D. beschreibt genau, wie sich unter dem Einflusse der Sinnestäuschungen „Wahnideen, Wahnurtheile, Wahnideale" zur Zeit seines Gymnasialbesuches herausgebildet hätten, „Formen einer derart übertriebenen und romantisch gesteigerten Schönheitsnudität, Schönheitsidealität, wie sie selbst die Ideale einer mythischen Pulchrität nicht vereinigt hatten" (483). Ferner sagt er von seiner Darstellungsweise: „Auch unter den geringfügigsten Ideen schritt die geistesgestörte Muse meiner Romantik in hochtragischem Kothurn einher: am entblössten Alabasterbusen die blaue Blume und das Sternendiadem auf dem Aphroditehaupt. Den unbedeutendsten Gestalten zog sie θείας χιτῶνας an; bei Niaiserien ergriff sie den Ton des Pathos und der Tragik, und von ihrer vermeintlichen olympischen Höhe sandte sie rethorische Donnerwolken auf geistige Nullen, nach dem geistigen Zuschnitte Kleon's oder Mark Anton's oder Ludwig's XIII. herab."

Angesichts der später noch zu würdigenden zweifellos hochgradigen Eitelkeit, welche in den phantastischen Erfindungen über sein Vorleben deutlich sich bemerklich macht, führe ich an (S. 571, aus dem 20. Lebensjahre):

„Ich stand ja wieder völlig unter dem Einfluss meiner Grössenwahnideen und hielt die allerdings phänomenalen Leistungen meines Gedächtnisses, die Ergebnisse meines feinen Sprachgefühls, welche beide einzig es mir ermöglichten, mich wenigstens auf dem Niveau der Klasse zu halten, für Strahlen einer leuchtenden Genialität. Ja, Strahlen waren es, aber Strahlen ohne Sterne und nicht Talent oder gar Genialität bildete ihre leuchtende Materie, sondern phosphorescirende Irrlichter, die aus bodenlosen geistigen Sümpfen emporstiegen."

Zuweilen findet sich bei den Ausführungen über die früheren angeblichen Phantasmen und Wahnvorstellungen am Rande des Blattes der Zusatz „damals" oder „zu jener Zeit", als ob der Schreiber ausdrücklich den Gegensatz zu seinen jetzigen Anschauungen betonen wolle.

Jetzt zur Zeit der Abfassung ist nun Alles anders geworden. „Meine gesund gewordene Seele ist voll Kampfeslust und Freudigkeit, endlich den ehrlichen Kampf mit dem Leben aufnehmen zu können... Meine Nerven sind jetzt von Stahl, alle meine Geisteskräfte fungiren in gesunder, mathematischer Normalität. Eine stolze Strenge gegen mich selbst ist in meine Seele eingezogen, ein ruhiger Geist, eine kühle Temperatur der Empfin-

gitized by Google

dung... Auf dem kampfbewegten Markte des Lebens, dort ist jetzt mein Platz. Den Beweis liefern will ich der menschlichen Gesellschaft, dass ich nur unter dem Einflusse meiner Seelenstörung wie ein schädliches Gewürm unter ihr habe hausen können, dass ich ihr jedoch mit meiner endlich wieder erlangten Gesundheit stets ein würdiges Mitglied sein werde, welches ihr nur Ehre macht." So geschrieben am 7. April 1889. Seine Frau beschuldigt D. dann noch des Ehebruchs, er traute sich aber die Kraft zu, sie in die rechten Bahnen zurückzuführen.

Weitere Erklärungen des D. über seinen angeblichen krankhaften Zustand liegen in den Strafacten vor.

Am 12. März 1887 richtet er eine Eingabe an das Kgl. Polizei-Präsidium, worin betreffs der von ihm angenommenen Bezeichnung als ordentlicher Professor und Kgl. Staatsexaminator gesagt wird (Fol. . .):

„Bei Begehung dieser Handlung muss ich unbedingt unter dem Einflusse meines nervösen Kopfleidens gehandelt haben. Es liegt ja doch zu klar auf der Hand, dass der Behörde eine derartige Annonce wie ihr Verfasser nicht unbekannt bleiben konnte, als dass ich mir bei klarer Ueberlegung nicht hätte sagen müssen, dass ich mir damit selber den Strick um den Hals lege. Abgesehen aber auch davon, dass die Behörde sofort die Unrichtigkeit der Annonce schon daraus ersehen musste, als derartige Beamte eine solche Hülfe gar nicht leisten dürfen, so musste ich mir bei richtigem Nachdenken auch gleichzeitig klar machen, dass auch Candidaten durch eben diese behördliche Erwägung müssten stutzig gemacht werden. Da ich nun ausserdem das Honorar als mässig angegeben, so konnte ich einen wirklichen Nutzen aus diesen Titeln ebenfalls nicht ziehen. Es ist also wohl nicht mit Unrecht anzunehmen, dass meine ganze Manipulation in einer meinem habituellen Kopfleiden entspringenden Kopflosigkeit zu suchen ist."

Im U. R. I 301/90 Fol. 13 äussert sich D. bei der Vernehmung vom 12. Septbr. 1890:

„Ausserdem bemerke ich noch, dass ich meine Handlungsweise auf meinen geschwächten Geisteszustand zurückführe. Ich bin im vorigen Jahre, ohne geheilt zu sein, aus der Irrenanstalt entlassen worden und habe seit jener Zeit eher eine Verschlimmerung meines Zustandes als eine Besserung wahrgenommen. Das Attest, welches mir bei meiner damaligen Entlassung vom hiesigen Amtsgericht ausgestellt wurde, trug auch den Vermerk, dass ich noch geistesschwach sei."

Aus der im November 1890, nachdem D. wiederum wegen vielfacher Straftaten in Haft genommen war, angestellten Untersuchung durch den Medicinalrath Dr. ... ist anzuführen, dass D. meint, was er gethan habe, sei erlaubt — ... Er verordne Sabina zu Abtreibung, weil diese Pflanze als Kryptogame (κρύπτειν und γαμεῖν) durch ihre verborgene Wirkung (κρύπτειν) auch die Folgen eines γάμος resp. Coitus beseitigen könne. Er sei in Wien an der Klinik Assistent gewesen, besässe noch Geld in New-

York, habe in Südamerika für die Medicin hochwichtige Pflanzen entdeckt, sei Geheimrath und vielfacher Rathgeber dem Kaiser gegenüber etc.

Mit Bismarck ist er eng liirt, er kennt alle Vorgänge seines Sturzes. Herbert Bismarck sass hier im Gefängnisse in derselben Zelle wie Geffken. Von irgend welcher Störung der Geistesthätigkeit habe er glücklicherweise nie etwas erfahren.

Im Januar 1891 in der Anstalt ähnliche Aeusserungen: Er sei in den Sturz Bismarck's verwickelt durch Intriguen Caprivi's. Das menschliche Leben vermöge er mit Leichtigkeit um 15—20 Jahre zu verlängern. — Ende Januar sagt er zu dem ihn untersuchenden Anstaltsarzte: sein Gedächtniss habe für den ersten Aufenthalt hier (Dalldorf) eine ganz eigenthümliche Einbusse erlitten, derart, dass ihm die Erinnerung daran allmälig ganz weggeblieben sei. Dies sei ihm hauptsächlich durch den Gebrauch von Cannabis indica gelungen. Dass er zum zweiten Male verheirathet, sei ihm nicht bekannt. Die Sache des Fürsten Bismarck, dem er persönlich nahe gestanden, habe er vertheidigt, habe auch früher vielfach für ihn in einer grossen Anzahl von Blättern geschrieben. Jetzt sei es, namentlich dem Reichskanzler v. Caprivi, gelungen, ihn durch Verbringung nach Dalldorf unschädlich zu machen. Seine Majestät, der jetzt regierende Kaiser habe ihm beim ersten Besuche im Untersuchungsgefängnisse die Mittheilung zu Theil werden lassen, dass er in diese Angelegenheit nicht eingreifen könne, habe ihn aber auf die Zukunft vertröstet und ihm die spätere Ernennung zum Cultusminister verheissen.

In Folge des neuerdings gegen D. eingeleiteten Entmündigungsverfahrens wurde der Unterzeichnete durch Beschluss vom 10. Februar 1891 in Gemeinschaft mit dem gerichtlichen Physicus Herrn Medicinalrath Dr.... als Sachverständiger zugezogen.

Aus den in den Vorbesuchen meinerseits mit dem pp. D. geführten Unterredungen führe ich an:

Er habe nicht gedacht, dass seine neuerdings verübten Handlungen strafbare seien, habe vielmehr geglaubt, nach Rang und Titel zu denselben berechtigt zu sein u. s. w. (entsprechend den früheren Angaben). Jetzt sei er davon zurückgekommen.

Die Abtreibung wird wiederum mit dem Zwecke der „Kryptogamen" entschuldigt.

Sie hielten also solche Mittel für erlaubt?

Ich hielt es für ein medicinisches Kunststück, zumal nach dem 5. oder 6. Monat sich nur ein sogenannter Foetus entwickelt und ich die Sache bis dahin nur als Spasma betrachtete.

Hielten Sie etwa die Anwendung äusserer Eingriffe zu diesem Zwecke für unzulässig?

Bis zum 5. Monate, nein. —

Warum bis dahin nicht?

Weil sich von da erst der Fötus entwickelt . . .

Sie haben früher behauptet, vom Kaiser Wilhelm unterstützt zu sein?

Nicht nur vom verstorbenen Kaiser Wilhelm, theils vom Kaiser Friedrich und vom jetzigen Kaiser durch grössere Geldsummen u. s. w.

Sie wollen sagen, Sie hätten an diese Dinge früher wirklich geglaubt?

(Erstaunt) Das ist doch sicher! Noch jetzt kommen mir Augenblicke, wo ich mir sage: Ist es denn nicht so? Ich muss mir dann die Wirklichkeit zurückrufen; denn wenn es so wäre, würde doch Se. Majestät jetzt an mich bezw. meine Familie denken.

Jetzt halten Sie sich nicht für geisteskrank?

Nein, trotz Behauptung des Herrn Dr. L.

Wie fühlten Sie sich, als Sie im Sommer 1889 von hier entlassen wurden?

Ich würde Herrn Medicinalrath Dr. . . . und Herrn Dr. . . . nicht erfreuen, wenn ich sagte, ich sei nicht gesund gewesen. Besser wäre es aber gewesen, ich wäre noch eine Zeit lang hier geblieben. — Ich erinnere mich auch einer Aeusserung des Herrn Geheimraths Dr. . . ., ich weiss noch jetzt nicht, was ich sagen soll. — Ich bin von den Herren für gesund erklärt und will sie nicht verletzen. Ich war ja sehr glücklich, dass ich herauskam. — Es stand auf einem Atteste, das ich nach dem Explorationstermin bekam: „er ist zwar noch etwas geistesschwach, aber in Bezug auf seine Handlungen vollkommen verantwortungsfähig".

Glaubten Sie denn nach Ihrer Entlassung von hier noch an die Beziehungen zu dem Kaiser?

Nach einiger Zeit tauchten sie wieder auf; ich glaubte bald wieder, mit dem Kaiser in Beziehung gestanden zu haben. Das kam allmälig, ganz nach und nach, eines folgte nach dem andern.

Waren Sie schon bestraft, als Sie Ihre jetzige Frau heiratheten?

— (Pause als ob er sich besönne). Jawohl, jawohl!

Sie haben früher Ihrer Frau vorgeredet, Sie seien Professor in Wien?

Ja, das habe ich in gutem Glauben gethan, Wien und Neapel habe ich gesagt.

Hatten Sie früher zeitweise ganz vergessen, dass Sie bestraft waren?

Ja, ich hatte es in meinen Gedanken unterdrückt und mir eingeredet, es gehöre gar nicht zur Sache.

Wann haben Sie Ihre grosse Lebensbeschreibung verfasst?

Januar bis März 1889.

Erinnern Sie sich des Inhalts der Lebensbeschreibung?

Ja — ganz genau.

Die damals niedergeschriebenen Dinge sind richtig?

Jawohl — gewiss!

Sie sprechen viel von einer Flussnixe?

Ja Liriope; jetzt halte ich das für eine krankhafte Vision. In der Familie wissen wir vorher, was uns passirt durch einen Traum . . .

Sie sprechen auch viel von einem jungen Mädchen, mit dem Sie gegen Ende der Schulzeit in Beziehung standen?

Ja — Emma. —

Wann ist die gestorben?

(Prov. sieht vor sich nieder wie träumend) „Emma — welche Gedanken weckt der Name in mir". —

Nun, ist sie nicht gestorben?

1868 ungefähr — September oder August — (hat in der Vita das genaue Datum angegeben).

Hatten Sie nach Ihrer Entlassung von hier Visionen?

Ja, sehr bald.

Wie lange nachher?

Nach einigen Wochen, ähnlicher Art, erotische Visionen.

In der Erinnerung an allgemeine bekannte geschichtliche Ereignisse, im Rechnen und Aehnlichem zeigte pp. D. keine Abweichungen.

Aehnliches Verhalten wie beim Vorbesuche ergab die Unterredung im Termin am 3. März d. J. D. erinnert sich genügend des früheren Termins vom Januar 1889, auch in seinen Einzelheiten. Er fasst alle Fragen rasch und sicher und beantwortet dieselben meist in geläufiger und stets in verständlicher Weise. Ueber die Abtreibung und die Professorideen spricht er sich genau wie beim Vorbesuche aus.

Als für die Beurtheilung des Zustandes von Bedeutung, hebe ich aus der damals von mir geführten Unterredung noch hervor:

Diese Stunden, bei denen Sie sich Vorschuss zahlen liessen, hatten Sie doch — es sind 8 Fälle —

(unterbrechend) Ich glaube, dass es noch mehr sind . . .

Sind die früheren Erscheinungen des Kaisers nach der Entlassung von hier wieder aufgetreten?

Ja, sehr bald. Besonders war mir da eine Form merkwürdig, dass der Kaiser Friedrich mir erschien mit der Drohung, er werde sich an mir

Digitized by Google

rächen, wenn ich ihn nicht heile. Das war die erste Angsterscheinung.

(Hierzu sei gleich bemerkt, dass Kaiser Friedrich am 15. Juni 1888 gestorben, D. jedoch erst am 4. Juni 1889 aus Dalldorf entlassen, bezw. ins Gefängniss zurückgeführt ist. In Freiheit gesetzt wurde er am 29. Juni 1889, will also mehr als 1 Jahr nach dem Tode des Kaiser Friedrich die obige Drohung gehört haben.)

Bei dem weiteren an diesen Punkt anknüpfenden Examen ändert D. die angebliche Drohung des Kaisers „wenn Du mich nicht heilst", in „weil Du mich heilen konntest und es nicht gethan hast".

Er führt weiter selbst aus: „Ich hätte ja doch damals, also im Jahre 1888 in der Freiheit sein müssen, während ich mich doch thatsächlich in Dalldorf befand."

Nun fährt er fort (in langsamer und vorsichtiger Sprache): „Hieraus entwickelte sich allmälig die Anschauung, dass ich unmöglich zu jener Zeit krank in der Irrenanstalt gewesen sein könne; und da ich doch gleichzeitig meinen Aufenthalt selbst in Dalldorf mir nicht in Abrede stellen konnte (an den er die Erinnerung verloren zu haben, vor Kurzem behauptet hat), so schloss ich daraus, dass es wohl nur eine böswillige Erfindung gewesen sein könne, die mich an einen Krankenpavillon in Dalldorf hatte bannen wollen, dass vielmehr die Wirklichkeit darin bestehe, dass ich selbst als fungirender Arzt in Dalldorf mich befinde."

Diese Gedanken waren also im vorigen Winter in Ihnen lebendig?

„Vom vorvorjährigen Spätherbst an" (also bald nach Entlassung aus der Haft).

(Diese Idee hatte D. bisher nie ausgesprochen. Fragen im Vorbesuche, ob er etwa geglaubt habe, durch besondere Thätigkeit auch an Irrenanstalten sich Kenntnisse für die Behandlung auch Gemüthskranker, zu der er sich berechtigt gehalten haben will, erworben zu haben, hatte er verneint.) Als dementsprechend dem D. obige Aeusserung alsbald noch einmal im Einzelnen wiederholt wird, antwortet er: „Jawohl, was meinen Sie?" und dann ziemlich confus: „Das habe ich ja gar nicht — sondern ich betrachte es als eine böswillige Erfindung, die man mir habe einreden wollen — nicht, dass ich hier zurückgehalten sei – da habe ich mich wohl sehr incorrect ausgedrückt." —

Zu erwähnen ist aus dieser Unterredung noch, dass vor der Antwort auf wichtige Fragen, obgleich Sorge getragen wurde, dass der protocollführende Beamte vollständig mit dem Niederschreiben folgen konnte, D. zögerte und an einer Stelle ganz unnöthiger Weise einfügte: „Sind Sie so weit?"

Auf die Frage, woher D. trotz des eingestandenen Mangels („Ich war in der That fast verhungert") das Geld für die kostspieligen medicinischen Mittel, auf deren angeblichen fortdauernden Gebrauch er die Verschlech-

terung seines Zustandes zurückführt, hergenommen habe, wird zunächst geantwortet, er habe sie nicht bezahlt, sondern sich Recepte verschreiben lassen. Als ihm dann wegen dieser ungenügenden Aufklärung die Frage wiederholt wird, sagt er: „Nein, ich verschrieb sie mir selbst und liess sie vom Apotheker stunden."

In allen mit ihm geführten Unterhaltungen ist das Wesen des D. als ein gleichmässiges erschienen. Stärkere Affecte kamen in seiner Haltung, Miene, Ausdrucksweise nicht zum Vorschein. Es fehlten Aeusserungen von Zerstreutheit oder gar Verworrenheit. Das Benehmen war ein bescheidenes, höfliches. Zuweilen trat anscheinend ein Zug von Sentimentalität in Ausdrucksweise und Miene hervor.

Körperlich ist seitens der den pp. D. hier beobachtenden Aerzte wiederholt auf das Bestehen von Symptomen eines Magenkatarrhs hingewiesen worden. Auch wurden im Anfang Klagen über Schlaflosigkeit geäussert, die jetzt von D. nicht mehr so betont werden.

Was die allgemeine Körperbeschaffenheit angeht, so ist jetzt der Ernährungszustand des mittelgrossen Mannes nur sehr mässig, die Gesichtsfarbe wenig frisch, eher bleich, der Schädel ohne gröbere Missbildungen, ebenso der übrige Körper. Nur eine kleine oberflächliche Narbe befindet sich an der Stirn. Man kann auf dieselbe, unter dem Anscheine der Betastung des Kopfes, stark drücken, ohne dass eine Schmerzäusserung seitens des Prov. erfolgt.

Die Innervation des Gesichts, der Pupillen, der Sprache, sowie am Rumpfe und den Extremitäten lassen keine Abweichungen erkennen. Der erste Herzton ist nicht rein, es fehlen aber sichere Anzeichen eines gröberen Klappenfehlers. Die Zunge ist mässig belegt. Es wird über Druck im Magen und Aufstossen geklagt. Appetit ist gering, Stuhlgang wechselnd. Patient unterliegt der Behandlung mit verschiedenen Magenmitteln und beruhigenden Arzneien.

Ueberblicken wir die für die Beurtheilung des Geisteszustandes des pp. D. in Betracht zu ziehenden Angaben, so können wir die Unsicherheit, welche in Bezug auf sehr wichtige Verhältnisse hervortritt, nicht verkennen. Diese Unsicherheit erstreckt sich auch auf die Kenntniss der Jugend- und Entwickelungsjahre des pp. D. Ob derselbe erblich schwerer belastet ist, — wie es scheint — ist nicht völlig feststehend. Als wahrscheinlich dürfen wir jedoch eine gewisse Eigenthümlichkeit des Nervensystems schon für die Jugendzeit voraussetzen. Wenigstens nach dem 15. Lebensjahre scheint Prov., der Angaben der Schwester zufolge, nach einer längeren fieberhaften Erkrankung eine für seine Umgebung merkliche Beeinträchtigung seines Nervenlebens, besonders auch geringere

Digitized by Google

Lernfähigkeit, gezeigt zu haben. Als eigenthümlich, ungesellig und verschlossen ist er der Schwester erschienen.

Schon bei Erwähnung des Inhalts der ausführlichen Lebensbeschreibung sprach ich meine Meinung dahin aus, dass viele aus der Jugendzeit dort angeführten äusseren Vorgänge unglaubwürdig erschienen. Andererseits aber sei anzunehmen, dass den umfangreichen Berichten D.'s über sein Seelenleben, seine Visionen und phantastischen Gedankengänge in der That die Erinnerung an einzelne Vorgänge, welche sich zu damaliger Zeit in seinem Bewusstsein abspielten, zu Grunde gelegen habe, bezw. zu Grunde gelegt sei.

Bei lebhafter phantastischer Thätigkeit sieht man im Kindesalter und bei einseitigem Vorwiegen der Einbildungskraft bis weit in die Pubertätsjahre hinein, nicht nur besonders lebhafte Träume oder nächtliche Angstzustände auftreten, sondern auch im Wachen Träumereien und die eigene Person betreffende, z. Th. wohlgefällige Ausmalung bedeutungsvoller, interessanter, manchmal auch erotischer Vorgänge im Gedankenleben eine wesentliche Rolle spielen. Dass eine schwere Erkrankung im 15. Lebensjahre den Boden für die Fortdauer solcher Erscheinungen einer ungeregelten Function des Nervensystems abgeben kann, liegt auf der Hand.

Auch in der folgenden Zeit hat sich dies phantastische Wesen geltend gemacht. Die unwahren Behauptungen seinen Angehörigen gegenüber über die Bekanntschaft mit wohlhabenden Personen fallen etwa in das 22. Lebensjahr. Ein anderer Zweck als die Befriedigung der Eitelkeit ist hierbei nicht erkennbar. Die Freude an solchen Aufschneidereien *an sich* tritt schon damals als hervortretender Zug des D. zu Tage. Alles, was wir erfahren, lässt darauf schliessen, dass eine oberflächliche Anschauungsweise und eine kindische Eitelkeit sich schon damals mit einem höchst mangelhaften Gefühle für Recht und für Rücksichtnahme auf die Lage seiner Angehörigen bei ihm vergesellschaftet haben.

Im 23. oder 24. Jahre scheint D. vorübergehend wirklich delirirt zu haben; in welchem Zusammenhange jedoch ist ebenso wenig genauer aufgeklärt, wie der Umfang des spätern angeblichen Morphiumgebrauches.

Nachdem D. in Folge seiner Betheiligung an dem gegen den

Vater seiner späteren Frau eingeleiteten Meineidsprocesse das Fortkommen auf dem gewöhnlichen Wege erschwert, bezw. unmöglich geworden, beginnt die lange Reihe betrügerischer Handlungen, welche im Verlauf der Jahre sich mehr und mehr zusammendrängen.

Von dritter Seite wissen wir über den psychischen Zustand des pp. D. zu dieser Zeit wenig. Nach den Acten der Strafanstalt, in welcher er vom Jahre 1883 an eine mehrjährige Zuchthausstrafe verbüsste, hat er damals durch sittliche Verworfenheit, Neigung, seine Umgebung zu betrügen, durch Unwahrheiten in den Briefen an seine Mutter den möglichst ungünstigen Eindruck hinterlassen.

Wir sind bei diesem Rückblicke jetzt bis zu der Zeit gelangt, wo D. 1887 in Folge anscheinend schwerer Geisteskrankheit einer ärztlichen Untersuchung unterzogen wurde.

Dem ersten Sachverständigen erschienen die Behauptungen D.'s wegen des hervorgetretenen, sehr erheblichen Gedächtnissmangels völlig unzuverlässig. D. musste sich auf den Namen seines Kindes besinnen u. s. w. Es heisst: „Abgesehen von der durch in die Augen springenden geistigen Verfall bedingten Intelligenzschwäche, ist das Urtheil durch die schwachsinnigsten Grössenideen gefälscht." Unter Annahme körperlicher Lähmungserscheinungen glaubte der damalige Begutachter damals zweifellos paralytischen Blödsinn annehmen zu sollen.

Dass pp. D. zu jener Zeit nicht an Paralyse, einer zu schwerer Geistesschwäche, lähmungsartigen Erscheinungen und in einigen Jahren zum Tode führenden Hirnkrankheit gelitten hat, braucht jetzt nicht mehr besonders nachgewiesen zu werden.

Dagegen ist die Frage aufzuwerfen: Sind die damals bei dem pp. D. wahrgenommenen Erscheinungen wirklich ausnahmslos die naturgemässen Aeusserungen einer Geistesstörung gewesen?

Diese Frage ist um deswillen keine müssige, weil ja durch die unbedingte Anerkennung des Bestehens gerade solcher, für die Prognose besonders ungünstiger Erscheinungen zu damaliger Zeit auch das Urtheil über die jetzige geistige Beschaffenheit des pp. D. eine gewisse Beeinflussung erfahren müsste.

Nehmen wir zunächst das Bestehen einer schweren Geistesstörung (wenn auch keiner Paralyse) zur damaligen Zeit an, so würde diese anscheinend in der Dalldorfer Anstalt bald zurück-

getreten sein. D. wäre dann derart gebessert worden, dass die beiden später begutachtenden Psychiater ihn zwar nicht für frei von geistigen Abweichungen, aber doch für zur Zeit weder wahn- noch blödsinnig im Sinne des Gesetzes hielten.

In Freiheit gesetzt hätte der pp. D. nach seiner eigenen Angabe bald von neuem unter dem Auftreten der mannigfachsten zu den incriminirten Handlungen in Beziehung stehenden Grössenideen und Verfolgungsvorstellungen, unter vielfachen Gesichts- und Gehörstäuschungen und unter erheblichen Gedächtnisslücken zu leiden gehabt. Geäussert hat er anscheinend diese Vorstellungen nie, bis er, wiederum in Untersuchungshaft, ärztlich beobachtet wurde. Aus der Untersuchungshaft wieder in die Anstalt gelangt, wäre dann — und diesmal noch rascher — ein völliges Verschwinden der tiefgreifenden Störungen und eine umfassende Einsicht in das Krankhafte derselben eingetreten.

Ein derartiger Verlauf einer Geistesstörung wäre ja an sich nicht unmöglich. Betrachten wir aber die Art der bei D. merklich gewordenen Besonderheiten im Einzelnen, so können wir nur zu dem Schlusse kommen, dass das Bestehen einer Störung im Nervensystem, wie sie gerade solchen Erscheinungen in der Regel zu Grunde liegt, für die frühere Krankheitsperiode nicht mit Sicherheit angenommen werden kann. Für den Zeitabschnitt, in welchem D. jetzt von neuem zur Beobachtung gekommen ist, muss die Annahme des Vorhandenseins solcher schwerer Wahnideen, Verworrenheit, Gedächtnissschwäche abgewiesen werden.

Die zur Zeit der ersten ärztlichen Beobachtung auftretenden zahlreichen anscheinenden Wahnvorstellungen mit zum Theil sich ganz widersprechendem und geradezu albernem Inhalte und mit vielfachen Sinnestäuschungen, beide vorzugsweise zu den strafbaren Handlungen in Beziehung stehend, müssten bei äusserlich vollständig geordnetem Wesen ohne merkliche Trübung des Bewusstseins, aber mit hochgradigster Gedächtnissschwäche für ganz bestimmte Dinge bestanden haben. Dies ist ein auffallender Umstand. Wenn man zudem die Antworten auf einige der dem D. vorgelegten Fragen (1c 439/89 Vol. I fol. 265 u. s. w.) liest, so gewinnt man den Eindruck, dass diese Aeusserungen keineswegs als natürliche Folge grösster Geistesschwäche oder Vergesslichkeit ohne Weiteres sich darstellen. Die Bemerkungen über den siebenjährigen Krieg,

den „Friedrich II. mit Kaiser Joseph von Oesterreich, dessen Mutter Maria Theresia, auch Maria von Brabant geheissen", geführt habe und die Art wie die Frage: „Wer war der erste König von Preussen" umgangen wird, lassen eine gewisse Absichtlichkeit nicht verkennen. Die gegebene falsche Antwort steht inhaltlich in Beziehung zu den Vorstellungen, deren Wachwerden zu der richtigen Beantwortung der Frage hätte führen müssen. Die Verbindung zwischen den im Gedächtniss vorhandenen Vorstellungen von „Friedrich" und „Maria Theresia" ist eine viel innigere als zwischen „Friedrich" und „Kaiser Joseph" und auch bei andern Antworten ergiebt sich, dass D. nicht das nächstliegende Richtige angiebt, sondern eine mit der betreffenden richtigen Vorstellung sich erst weiter associirende Vorstellung in seiner (unrichtigen) Antwort verwendet. Solche Zustände abnormer Ideenassociation kommen im Irrsein wohl vor, aber nicht zugleich mit einem Verhalten wie das des D. damals war. Die Regelmässigkeit, mit welcher eine zur richtigen Antwort in sehr naher Beziehung stehende Aeusserung unrichtigen Inhalts erfolgt, zeigt, dass durch die Frage der zugehörige Ideenkreis wachgerufen worden ist und die stets aus demselben geschöpfte (für die Frage falsche) Antwort erweckt den Verdacht des Gemachten. Der anscheinend sehr hochgradige Gedächtnissverlust, ferner die ausserordentliche Erschwerung des Verständnisses, welche D. damals wahrnehmen liess, Erscheinungen, die in Verbindung mit so unsinnigen Grössenideen selbst bei unheilbaren Geisteskranken in diesem Maasse nur unter bestimmten Verhältnissen vorkommen, stehen in auffallendem Gegensatze zu dem Verhalten D.'s kurz vorher in der Untersuchungshaft und zu seinem Benehmen alsbald nachher in der Irrenanstalt.

Es ist nach alledem keineswegs ausgeschlossen, dass damals bei D. derartige massenhaftem Grössenideen und besonders ein so erheblicher Blödsinn, ein Zustand, der ja, wenn als wirklich vorhanden angenommen, mit Paralyse eine gewisse Aehnlichkeit hatte, in Wirklichkeit nicht bestanden. Dass D. damals sich in ähnlicher Verfassung befunden, wie jetzt, kann damit nicht behauptet werden. Die geistige Beschaffenheit desselben erscheint vielmehr, wie später auszuführen, als eine solche, die ein zeitweises Hervortreten stärkerer psychischer Störung unter schädlichen Einwirkungen durchaus begünstigt. Aber in welchem Umfange der pp. D.

zu etwa vorhandenen phantastischen Gedanken oder bestehender Unklarheit noch hinzugelogen, lässt sich jetzt in keiner Weise bestimmen. Somit ergiebt sich, dass gerade aus den scheinbar hochgradigsten Krankheitszeichen der damaligen Zeit eine Folgerung für die Beurtheilung seines jetzigen Geisteszustandes nicht gezogen werden kann.

Als der D. dann in hiesiger Anstalt zum ersten Male im Entmündigungsverfahren begutachtet wurde, waren die oben berührten Ideen nicht mehr vorhanden; sein Gedächtniss, seine Fassungsgabe, der Ablauf der Vorstellungen in seinem Bewusstsein ergaben keine wesentlichen Störungen. In dem Gutachten wird jedoch, trotzdem D. nicht für blödsinnig angesehen ist, ein gewisser Nachdruck auf das Fehlen richtigen Urtheils und das Vorhandensein eines bestimmten Grades geistiger Schwäche gelegt.

Von Wichtigkeit erscheint sodann noch die Betrachtung des Verhaltens, welches D. vor seiner anscheinenden schweren Erkrankung im Jahre 1887 und später nach seiner Entlassung bis zur Wiederverhaftung ausserhalb der ärztlichen Beobachtung gezeigt hat. Während dieser Zeiträume traten solche Erscheinungen, wie sie später im Gefängnisse sich bemerklich machen, nicht hervor. — Die Frau D. behauptet nun in einer zum Zwecke der Entlassung ihres Mannes bei Gelegenheit des ersten Anstaltsaufenthalts gemachten Eingabe in Uebereinstimmung mit ihren Geschwistern, dass D. „stets Ruhe und Ueberlegung, Klarheit und Schärfe des Urtheils bewiesen und niemals Spuren einer geistigen Störung gezeigt habe“. Andererseits liegen glaubwürdig erscheinende Angaben der Schwester und spätere der Frau vor, welche immerhin Auffallendes im Wesen des D. berichten. Aus der Zeit vor der ärztlichen Begutachtung im Jahre 1887 wird mitgetheilt, dass D., als er aus dem Zuchthause kam, katholisch werden wollte. Eben noch untröstlich über die Scheidung von der Frau und den Verlust der Kinder, hatte er sich gleich darauf (unter betrügerischen Mittheilungen) verlobt. Weihnachten 1886 sprach er im halbwachen Zustande unklares Zeug. Nach dem ersten Anstaltsaufenthalte kurz vor seiner neuen Verhaftung schreibt die auf ihn erbitterte Frau (1889): „Mein Mann leidet schon wieder an religiösem Wahnsinn; er geht jeden Tag in die katholische Kirche, er nimmt jeden Tag beim Kaplan Faber Unterricht, er wird bald katholisch“. —

Ich gehe nun zur Betrachtung meiner eigenen Beobachtungen und zunächst zur Erledigung der Frage über: Bestanden Anfangs 1891 bei dem Provok. wirklich die von ihm angegebenen Wahnideen?

Schon oben habe ich angeführt, dass eine derartig systematisirte Wahnvorstellung: mit dem Kaiser in Verbindung zu stehen, als Anhänger Bismarck's durch Caprivi verfolgt zu werden u. s. w., erst bei Gelegenheit der ärztlichen Untersuchung geäussert und dann wiederum wie früher — bald nach Eintritt in die Irrenanstalt zurückgenommen wurde. Ferner weist D. gleich bei der Vernehmung am 12. September 1890 in ganz verständlicher Weise entschuldigend auf seinen geschwächten Geist und auf den Umstand hin, dass er ungeheilt aus der Irrenanstalt entlassen sei, während er (nicht lange nachher) den Sachverständigen die verschiedensten tollsten Grössenvorstellungen unter der Behauptung, völlig gesund zu sein, auftischt, die albernsten Ausreden zur Rechtfertigung der versuchten Fruchtabtreibung vorbringt und in „boshafter und schwer erträglicher Weise gewissermaassen die Fragen kritisirt".

Die von D. über diese angeblichen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen mir gegenüber gemachten Aeusserungen sind ungenau und schwankend. Richtet man die Fragen planmässig so ein, dass sie rasch von einer seiner angeblichen vielfachen Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen auf die andere überspringen, und dass sie eine wörtliche Angabe oder eine nähere Zeitbestimmung als Antwort erfordern, so wird D. sofort unsicher. Er versucht oft durch Zwischenreden oder ausweichende Bemerkungen Zeit zur Ueberlegung zu gewinnen. Ich verweise in dieser Hinsicht auf die S. 283 wiedergegebene Aeusserung über die Gehörshallucination und die Aenderungen, welche D. im Wortlaut derselben vornimmt, sobald ihm die Unwahrscheinlichkeit desselben klar wird. Ich erinnere daran, dass er sofort dem veränderten Wortlaute dieser Sinnestäuschung entsprechend eine bis dahin nicht geäusserte Wahnvorstellung gehabt haben will. Solche Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind meiner Meinung nach bei dem pp. D. in Wirklichkeit jetzt ebenso wenig vorhanden, als das noch vor Kurzem behauptete völlige Fehlen der Erinnerung an den früheren Aufenthalt in Dalldorf bei guter Gedächtnissfähigkeit in allen übrigen Beziehungen. In dieser Richtung hat D. höchst-

wahrscheinlich (mehr oder weniger) schon früher, sicherlich aber seit seiner neueren Beobachtung einfach gelogen.

Die an sich aufzuwerfende weitere Frage, ob D. vielleicht in ihm verbliebene Wahnideen verheimliche und wirklichen krankhaften Vorstellungen entsprechende Ueberzeugungen verleugne, um jetzt gesund zu erscheinen, wird entsprechend der Auffassung, dass für die letzte Zeit das Bestehen solcher Wahnvorstellungen überhaupt nicht erweisbar ist, ohne Weiteres zu verneinen sein.

Ist nun aber D. als geistig gesund und einfach als „Simulant" zu betrachten? Trotz der eben dargelegten Anschauung über das umfangreiche betrügerische Verhalten des Provok. muss ich diese Frage verneinen.

In den vorhergehenden Ausführungen wurde bereits bemerkt, dass pp. D. auch zu einer Zeit, wo er sich nicht in ärztlicher Beobachtung anlässlich eines Strafverfahrens befand, Auffälliges und Eigenthümliches wahrnehmen liess.

D. erscheint schon in der Jugend sonderbar und verschlossen, durch und durch verlogen. Es fehlt jede Charakterfestigkeit; ein unstätes, übermässig phantastisches Wesen kennzeichnet von den Entwickelungsjahren her seine Handlungsweise und begleitet ihn auf seinem Lebenslaufe. Die anscheinend tiefgehende Empfindung über die Scheidung von der ersten Frau ist gleich darauf verflogen. Wiederholt will er zur katholischen Kirche übertreten, ohne doch in dieser Hinsicht einen endgültigen Schritt zu unternehmen. Schliesslich scheinen bei D. öfters unter dem Einflusse von Schädlichkeiten deutliche krankhafte Erscheinungen herangetreten zu sein.

Kein besseres Material aber für die Beurtheilung der psychischen Beschaffenheit des pp. D. steht zu Gebote, als das in der Darstellung seines Wesens, in der wiederholt erwähnten ausführlichen Lebensbeschreibung von ihm selbst gegebene.

Erwähnt wurde bereits, dass dieses Schriftstück aus dem Bestreben D.'s entstanden ist, vormalige, speciell auch zur Zeit der ihm zur Last gelegten Vergehen, vorhandene zahlreiche, aus schon in der Jugend merklichen Abnormitäten entstandene und durch jeweilige Schädlichkeiten angefachte krankhafte Geisteszustände darzuthun. Im schroffsten Gegensatze hierzu wird die augenblickliche psychische Beschaffenheit (jetzt, wo es sich um Entlassung aus der

Anstalt handelt) als mit vollster Einsicht in das Krankhafte der früheren Seelenstörung verbundene geistige Gesundheit hingestellt. Welches Bild bietet D. jetzt, wo er sich möglichst als gesund hinstellen will, dem Beobachter dar?

Ich will keinen Werth darauf legen, dass ein recht hoher Grad von Naivetät dazu gehört, wenn D., an der Annahme seiner, wie bemerkt, zum Theil mit der Erzählung ziemlich unwahrscheinlicher äusserer Vorgänge verbundenen Darlegungen Seitens der Anstaltsärzte keinen Augenblick zweifelt. Aber welcher Mangel an Urtheilsfähigkeit über die eigene Person, welches vollständige Hinwegsetzen über die durch die vorausgehenden vielfachen Bestrafungen, die noch nicht erledigte schwere Anklage durch den längeren Aufenthalt in der Irrenanstalt entstehenden Schwierigkeiten der äusseren Lage liegt schon in jeder der hochtrabenden Phrasen, mit welchen D. am Ende der Auslassungen sein „neues Leben" begrüsst!

Der hervorstechendste Zug des ganzen Schriftstückes ist die maasslose Eitelkeit und das, man möchte sagen, zu fast zwangsweiser Andichtung aller möglichen äussern Vorgänge und psychischen Bewegungen treibende Wohlgefallen in der Schilderung der eigenen Person. Hier, wo D. den Zweck verfolgt, gesund zu erscheinen, vermag er wohl diejenigen wirklichen oder eingebildeten Eigenthümlichkeiten seiner Individualität, welche er selbst für krankhafte oder doch als möglicherweise krankhaft zu deutende ansieht, in Abrede zu stellen, bezw. ihr Verschwinden in eingehender Weise zu schildern. Was aber den Hauptzug seines Charakters bildet, das erkennt er selbst nicht als abnorm, das zieht er deshalb bei dem Aufbau seines Gebäudes gar nicht in Betracht und das bricht sich naturgemäss oft durch seine genauen Mittheilungen hindurch Bahn. Seine Einbildung geht unter Verzicht auf die Begrenzung und Begründung durch die Wirklichkeit bei der Schilderung seines Lebens gewissermaassen mit ihm durch. So gewaltig ist die Neigung, dass er in seiner Vita eine Anzahl von Dingen erfindet und genau beschreibt, die er jetzt gar nicht im Einzelnen wiederzugeben vermag. Ist nun auch die Richtigkeit vieler seiner Angaben, der erotischen Situationen etc. sehr zweifelhaft, so folgt daraus keineswegs, dass Alles, was D. über seine Fähigkeiten, seinen Ehrgeiz und seine grossspurigen Meinungen und Pläne an-

zed by Google

giebt, reine Erfindung sei. Manches macht einen nicht unglaubwürdigen Eindruck, z. B. die Eingebildetheit, mit welcher D. seine Rolle als politische Persönlichkeit während der Redaction der S.'schen Zeitung sich ausmalt u. A. Wenn man auch stets dem Bestreben D.'s zu übertreiben Rechnung tragen wird, so ist doch das Bestehen einer gewissen thatsächlichen Grundlage für die Schilderung mancher der inneren Vorgänge nach der ganzen Art der Darstellung durchaus wahrscheinlich.

Eine nicht unbeträchtliche Lebendigkeit und Empfänglichkeit gehörte überhaupt dazu, um Eindrücke zu erhalten, welche so in der Erinnerung haften, dass Namen, Ortsbezeichnungen — anscheinend richtig — in solchem Umfange wiedergegeben werden. D. schont sich übrigens selbst nicht, schildert z. B. seine Handlungsweise gegen seine erste Frau ganz offen. Neben diesen und andern ehrlosen Handlungen stehen dann wieder angebliche Züge von Gefühlstiefe und Anhänglichkeit. Ob und inwieweit hier thatsächlich Wahres vorgebracht wird oder ob phantastische Gebilde, bezugsweise eine bewusst unrichtige Darstellung unter Beihülfe der willigen Phantasie vorliegt, das entzieht sich im Einzelnen meinem Urtheile. Aber immer erscheint D. abnorm, denn es ist unmöglich, sich dem Eindrucke zu entziehen, dass entweder D., wenn er wirklich so gedacht und gehandelt hat, wie er behauptet, ein von krankhaften Affecten und Vorstellungen abhängiger Mensch war, oder dass ihm, wenn er erst jetzt die Dinge so zu schildern versucht, das Bewusstsein der inneren Widersprüche und namentlich auch die Erkenntniss der aus dem Ganzen für die Auffassung seiner Persönlichkeit zu ziehenden Schlüsse mangelt. Und dieses Schriftstück, noch durch überflüssige und zum Theil ganz unwahrscheinliche Ausmalung der Vorgänge aufgebauscht, wird in Monate langer Arbeit verfasst zu dem Zwecke, unter völliger Wahrhaftigkeit die gewonnene „eiserne Gesundheit, die Ruhe der Ueberlegung, die Erkenntniss seines Ich" zu beweisen! Sicher beweist es etwas — nämlich das offenbare Vorhandensein seiner geistigen Unvollkommenheit.

Was nun die Leistungen des pp. D. bei seinen Betrügereien im Jahre 1887 betrifft, so war ohne Weiteres ersichtlich, dass der Handel mit den Dissertationen und die übrigen betrügerischen Handlungen den Prov. alsbald in Berührung mit dem Strafgesetze

bringen mussten. Diesen Umstand hebt D. selbst hervor in der Absicht, sein Verhalten als durch Geistesstörung bedingt, zu entschuldigen. Ebensowenig konnte ihm entgehen, dass die Candidaten geradezu stutzig gemacht werden mussten. Diesen Widerspruch zwischen seiner Einsicht und seiner Handlungsweise sucht er, wie erwähnt, jetzt dadurch zu erklären, dass ihm die Erkenntniss der Strafbarkeit erst bei der Vorladung vor die Behörde gekommen sei — obgleich es doch nachweisbar an Warnungen und Drohungen mit der Justiz schon vorher nicht gefehlt hatte. Aber trotzdem die grössere Anzahl der betrügerischen Unterhandlungen fehlschlägt, trotzdem einer der Candidaten, ein Prediger, ihn beweglich warnt und auf den nothwendigen schlimmen Ausgang hinweist, trotzdem bei den Rückforderungen der Geldsummen seitens der Betrogenen mehrfach die Drohung mit dem Anrufen der Strafbehörde bereits eine Rolle spielt, verharrt der pp. D. unbekümmert in voller Thätigkeit. Bei seinen Unternehmungen kommt auch eine besondere Rücksicht auf die Wahrscheinlichkeit des Gelingens oder gar eine überlegene Schlauheit keineswegs zum Vorschein. Thatsächlich ist ihm ja auch der Betrug mit der Beschaffung der Doctorwürde nur bei den Wenigsten der Reflectanten für eine gewisse Zeit geglückt. Ferner ist bemerkenswerth, dass er die Anweisung, die Benutzung „ausgedehnter Hülfe seitens des Hofraths Dr. D.“ im Anschreiben an die Facultäten zu erwähnen, den Candidaten anfänglich scheinbar in vollem Ernste gegeben hat. Seine Behandlung der Angelegenheit, namentlich bei der Forderung der Geldsummen, erscheint als eine geradezu plumpe. Die Voraussetzung, dass einem preussischen Beamten und Universitätslehrer ein so grober Betrug nicht zugetraut werden würde, war die Unterlage seines Handelns. Sein freches Auftreten vermochte auch nur bei wenigen Personen unter dem Wunsche nach Erlangung des Titels jede unbefangene Ueberlegung so weit zu beseitigen, dass sie überhaupt auf sein Anerbieten eingingen, bei den übrigen rechnete D. vielleicht auf die Abneigung, die Betheiligung an solchem Handel einzugestehen.

Auch den früheren irrenärztlichen Begutachtern des D. konnte — obgleich derselbe weder für blöd- noch wahnsinnig angesehen wurde, ebensowenig das Vorhandensein psychischer Be-

sonderheiten, „eines gewissen Grades geistiger Schwäche“ — wie sie sich ausdrücken, — als das Lügenhafte des D. entgehen.

Welches Bild gewährt der zu Begutachtende jetzt, nachdem weitere Erfahrungen über sein Verhalten ausserhalb der Anstalt und die Ergebnisse einer erneuten ärztlichen Beobachtung vorliegen?

D. ist nicht schwachsinnig in dem Sinne, dass allgemein die Aufnahme und die Einverleibung von Vorstellungen mangelhaft, die Reproduction derselben unvollständig, die Verbindung der Gedanken an sich gehemmt und dass die gemüthliche Bewegung im Ganzen beschränkt wäre. Er zeigt ein nicht unbeträchtliches Maass von Kenntnissen (über das als Berufswissen betrachtet, ich nicht urtheilen kann) und besitzt ein lebhaftes Vorstellungsvermögen. Bei alledem aber entbehrt seine Gedankenthätigkeit der Richtigkeit und der gründlichen Sicherung, weil jede genaue und unbefangene Anschauungsweise ihm abgeht. Die hineinspielende Eitelkeit namentlich veranlasst D. zu unrichtigen Auffassungen und zu Vorstellungen, deren innerer Widerspruch ihm verschlossen bleibt. Besässe der pp. D. nicht einen immerhin beträchtlichen Grad von Bildung, so würde der Mangel an Urtheil, der aus seinen Ausführungen zu ersehen ist, noch auffallender zu Tage treten. Aber die Menge durch seine Studien erworbener, von einer nicht unbedeutenden Gedächtnisskraft zur Verfügung gehaltener allgemeiner Ideen verdeckt diese Schwäche zum Theil, indem er dies Erlernte bei annähernd passender Gelegenheit verwendet und — wohl durch lange Gewohnheit begünstigt — so zu sagen mit wohlklingenden und an sich nicht inhaltlosen Aeusserungen ziemlich geschickt hantirt. Sobald man jedoch einen bestimmten Punkt festhält, wird die Oberflächlichkeit und der häufige Widerspruch in seiner Auffassung offenbar. Diese hochgradigen Widersprüche rufen sofort den Gedanken an Lügen wach, und doch ist es für den Untersuchenden nicht selten schwierig, mit Bestimmtheit zu sagen: „jetzt versucht D. absichtlich zu betrügen“.

Die unrichtigen Angaben D.'s sind mehrfach als Folge des Mangels an klarer Auffassung und genügendem Urtheile verbunden mit abnormer gemüthlicher Regung, besonders auch gesteigerter Selbstgefälligkeit erkennbar. Neben diesen bona fide gegebenen Unwahrheiten besteht gewiss auch eine Anzahl von Behauptungen,

die gegen besseres Wissen vorgebracht werden. Ja, ich muss annehmen, dass sogar bei manchen Vorstellungen zeitlich ein gewisses Schwanken in dieser Hinsicht besteht, indem D. früher wirklich gehegte Einbildungen etc. auch noch zu einer Zeit als seine Ueberzeugung ausspricht, wo er von denselben — mehr oder weniger — vollständig zurückgekommen ist. Die krankhaft entstandene Vorstellung wird dann nachträglich zur Lüge. Umgekehrt verliert sich leicht bei ursprünglich Lügenhaftem durch häufige Wiederholung mehr oder weniger das deutliche Bewusstsein für die Unrichtigkeit.

Soweit nun D. „lügt", thut er dies wohl nicht nur — wie viele Personen — aus Eitelkeit oder aus Freude an der Täuschung. Es kann ja nicht Wunder nehmen, wenn er, der, sobald äussere Verhältnisse ihn drängten, vor Betrug nicht zurückschreckte, auch jetzt seine Lügen zum Theil in bestimmter Absicht vorbringt, wenn er z. B., um sich als geistesgestört der Bestrafung zu entziehen, zum Zwecke der Täuschung des Arztes unrichtige Angaben über seinen Zustand macht — also thatsächlich simulirt.

Oben ist schon im Einzelnen ausgeführt, inwieweit die Analyse seines Verhaltens ganz bestimmte Anhaltspunkte in dieser Hinsicht gewährt. Aber nur die oberflächlichste Betrachtung könnte übersehen, dass daneben auch Angaben D.'s, welche ihm Nichts nützen können, ebenso widerspruchsvoll sind, dass er ebenso unklar und schwankend in der Auffassung von Dingen sich erweist, die zu seinem Vergehen oder zu seiner Erkrankung in gar keiner Beziehung stehen. D. widerspricht sich auch hier — zu seinem Schaden! Und so stellen sich auch seine Darlegungen über ganz unwichtige Dinge keineswegs ausnahmslos als klarbewusste zweckmässige Lügen dar, sondern als je nach seiner augenblicklichen äussern Lage, seiner Stimmung etc. als ganz verschiedene, in sich nicht vereinbare, aber doch ernst gemeinte Anschauungen. Nach seinem ganzen Thun und Reden lassen sich überhaupt keine bestimmten Anschauungen über solche Einzelheiten, geschweige denn gefestigte Grundsätze für die Beurtheilung der Verhältnisse bei ihm voraussetzen und dies erweist die ausserordentliche Oberflächlichkeit seines Denkens und die Ungleichmässigkeit seines Empfindens. Alles schwankt — des Haltes durch gleichmässiges und von regellosen Gefühlsstörungen unabhängiges Denken entbehrend — hin und her.

Diese Abweichung nun, welche schon seit langer Zeit dem D. eigenthümlich zu sein scheint, ist auch jetzt noch in seinem Verhalten unverkennbar. Im Termine sagt er, er habe nichts zu essen gehabt und aus Noth betrogen. Kurze Zeit vorher giebt er an, in Noth sei er keineswegs gewesen, er habe ja Freunde genug gehabt. Nachdem D. früher die Hoffnung ausgesprochen, seine, wie er behauptet, ihm untreue Frau durch den Einfluss seiner Persönlichkeit zu ihrer Pflicht zurückzuführen, äussert er jetzt zu mir: „Ich hätte einen Halt an meiner Frau haben müssen, dann wäre es nicht so weit mit mir gekommen“ u. s. w. Nachdem er nicht genug seine „eiserne Gesundheit“ hervorheben konnte, besinnt er sich keinen Augenblick zu behaupten, Schuld an seinem Vergehen sei nur, dass er zu früh aus der Anstalt entlassen worden sei.

Nach dem Anlasse zu den neuen Betrügereien befragt, legt D. zunächst Nachdruck auf den Umstand, dass seine „inniggeliebte“ Frau ihn aus dem Hause vertrieben und ihn so in tiefste gemüthliche Erregung und in förmliche Verwirrtheit versetzt habe. Bei der nächsten Unterredung will er freiwillig und blos aus Zweckmässigkeitsgründen die Wohnung verlassen haben, nämlich um die ärztliche Thätigkeit ungestörter betreiben zu können. — In der Zeit nach seiner Entlassung aus der Haft hat er, wie er sagt, drei Zeitschriften bezw. Abschnitte solcher redigirt, jedesmal nur für kurze Zeit; einmal konnte er sich wegen Honorars nicht einigen, dann fühlte er sich durch die Unterordnung unter den Chefredacteur gekränkt, darauf hatte er wieder einen Nachdruck begangen u. s. w.

Es entsteht nun die Frage: Weicht trotz aller geschilderten krankhaften Eigenthümlichkeiten der Geisteszustand des D. *soweit* vom Normalen ab, dass der Prov. für unfähig zu erachten ist, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen?

Ich verkenne nicht, dass die Beantwortung dieser Frage schwierig ist. Insbesondere könnte man gegen deren Bejahung auf das nicht unbeträchtliche Wissen des pp. D., seine Gedächtnisskraft, seine nicht deutlich geschädigte Fassungsgabe, seine lebhafte Vorstellungsthätigkeit hinweisen.

Man darf jedoch die Bedeutung der positiven geistigen Thätigkeit des D. *für sein Handeln* nicht überschätzen. Die nicht

unbedeutenden Kenntnisse, der Umfang und die Beweglichkeit des Vorstellungslebens bedingen an sich noch kein richtiges Urtheilen und Handeln, weil, wie wir gesehen, mit derselben in keiner Weise eine klare Auffassung der eigenen Verhältnisse und Beziehungen und eine entschiedene, von Aeusserlichkeiten wenigstens in gewissem Grade unabhängige Richtung des Vorstellens und Empfindens sich verbindet. Nicht auf das Vorhandensein zahlreicher Ideenverbindungen an sich, sondern auf die genügende Ausprägung und die richtige Ordnung der einzelnen Vorstellungen nach ihrem Werthe, nach ihren inneren Beziehungen und ihren Zusammenhang mit Gefühlen kommt es für die gesunde Beschaffenheit, bezw. die zweckmässige Wirksamkeit des Gedankenlebens an. Eine phantastische und unreelle, von jeher Andere und sich selbst belügende, von unbegründeten affectiven Regungen widerstandslos beherrschte Denkungsart ist dem Prov. eigen. Den ausschlaggebenden Einfluss auf seine Bestrebungen und Thaten verliert diese Eigenthümlichkeit keineswegs dadurch, dass er einen ziemlichen Vorrath von Kenntnissen und ein gutes Gedächtniss besitzt, und dass er im Stande ist, sich mit grosser Geläufigkeit und vielen schönen Worten auszudrücken.

Eine zweite Erwägung von ganz besonderer Erheblichkeit wird durch die Betrachtung des Vorlebens, insbesondere auch des Zustandes vor der Wiederaufnahme in die Anstalt, angeregt. Von jeher und dauernd hat sich D. unfähig zum Verständniss der Wirklichkeit, schwankend in seinen Stimmungen und Neigungen, überspannt und charakterlos in seinen Meinungen gezeigt. Dass ein Mensch, bei dem eine derartige dauernde Eigenthümlichkeit, eine abnorme psychische Organisation anzunehmen ist, unter dem Einflusse dem Nervensystem schädlicher Verhältnisse (deren Einwirkung auf D. doch nicht in Abrede zu stellen ist), besonders leicht eine eingreifendere Störung des Seelenlebens, bezw. eine Steigerung der Disposition zu solcher erfahren wird, ist unbestreitbar. Thatsächlich sind bei D. auch — nach glaubwürdigem Berichte — zeitweise anderweitige Krankheitszeichen deutlich hervorgetreten. Abgesehen von früher wahrscheinlich vorhandenen psychischen Anomalien litt er in der Zeit vor seiner neuen Verhaftung manchmal an Ohnmachtsanfällen, öfter auch an Kopfschmerzen heftiger Art und schlief zeitweise schlecht. Es wird angegeben, dass

zed by Google

er Nachts wegen Schlaflosigkeit herumlief, so dass seine Frau im Aerger meinte, er solle nach der Anstalt zurück. D. selbst behauptet bestimmt, häufig Nervina und andere Medicamente in ziemlich hoher Dosis gebraucht zu haben, was er nach Erzählung der Schwester schon vor Jahren sich angewöhnt hatte. Auch hierin würden wir den Ausdruck abnormer Beschaffenheit des Nervensystems, bezugsweise eine Ursache für das Fortbestehen und die zeitweise Zunahme von nervösen Störungen finden können. Ob das Verfahren des D. bei den erneuten Betrügereien in erster Linie, wie er behauptet, mit einer derart bedingten Verschlechterung seines Zustandes zusammenhängt, muss dahingestellt bleiben.

Verhehlen konnte er sich natürlich auch diesmal nicht, dass ihn sein Gebahren, nachdem er einer, nach seinem Vorleben voraussichtlich schweren Bestrafung mit knapper Mühe entgangen, rettungslos und in kürzester Frist wieder vor Gericht bringen würde. In wieweit seine äussere Lage, die Noth ihn trotzdem zu gesetzwidrigen Handlungen antrieb, das ist nicht bestimmt zu sagen. Es ist möglich, dass er sich in seiner, der Wirklichkeit hohnsprechenden Einbildung der Hoffnung hingab, er werde einer Bestrafung sich entziehen können, oder dass irgend ein glücklicher Umstand die absolut sichere Entdeckung verhüten werde.

Jedenfalls wird man nicht ausschliesslich von dem Befunde aus, welchen D. jetzt, nach mehrmonatlichem Anstaltsaufenthalte, zeigt, die Frage nach der Fähigkeit, seine Handlungen zu überlegen, beurtheilen dürfen. Sowohl die deutlich hervortretenden dauernden Eigenthümlichkeiten als die ausserhalb der Anstalt zeitweise bei ihm bemerkten Zustände machen es durchaus wahrscheinlich, dass er den im Aussenleben an ihn gestellten Anforderungen gegenüber noch weniger Verständniss und Urtheil, noch weniger ruhige Ueberlegung zu entfalten vermocht hat, als er während seines Anstaltsaufenthaltes an den Tag gelegt hat. Zudem ist D. zweifellos noch jetzt körperlich sehr elend und schwächlich, von nervösen Beschwerden keineswegs frei. Dass unter diesen Umständen in seinem psychischen Wesen und seiner Widerstandsfähigkeit in so kurzer Zeit schon eine derartige Aenderung sich vollzogen habe, dass er jetzt den für ihn naturgemäss besonders schwierigen Lebensverhältnissen besser und ge-

nügend gewachsen sei, wird man nach dem jetzigen Zustande und nach dem bisherigen Verlaufe und der Entwickelung der Persönlichkeit bestreiten müssen.

Ziehe ich alle diese Umstände abwägend in Betracht, so muss ich mein Schlussgutachten dahin abgeben, dass D. z. Z. als unvermögend anzusehen ist, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Dalldorf, März 1891.

Digitized by Google

Hyoscin als Sedativum bei chronisch-geisteskranken Frauen.

Weitere Mittheilung

von

Dr. Näcke-Hubertusburg.

Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei vielen Medikamenten verschiedene Beobachter zu oft ganz entgegengesetzten Ergebnissen gelangt sind, was natürlich den eingefleischten Skeptiker in seinem therapeutischen Nihilismus nur bestärken muss. Und doch erscheint dies Factum bei näherem Zusehen wenig auffallend. Abgesehen nämlich von Beobachtungsfehlern hängt der Effect eines Mittels bekanntlich zunächst vom Präparate selbst, sodann von seiner Dosis und der Art der Anwendung ab, mehr aber vielleicht noch vom gegebenen Materiale: vom Geschlechte, Alter, Ernährungszustand der Kranken, von der Art und Verlaufsweise des Leidens und noch vielen anderen, z. T. noch unbekannten Momenten. Von allen concurrirenden Einflüssen ist jedoch zweifelsohne das machtvollste das Persönlich-Individuelle, dessen offenbar anatomisch-physiologisches Substrat uns leider vorläufig noch unbekannt ist; hierin liegt hauptsächlich der Schlüssel zum Verständniss der oft ganz heterogenen Ergebnisse eines Mittels. Hervorheben möchte ich endlich noch die Thatsache, dass scheinbar auf degenerirte, erblich belastete Personen gewisse Heilmittel anders einwirken, als auf die Andern, dass vielleicht aber auch Stammesunterschiede eine gewisse Rolle spielen, daher oft aus verschiedenen Ländern, bei möglichster Gleichsetzung der bekannteren Faktoren, verschiedene Resultate mitgetheilt werden. Dieses National-Individuelle kommt,

wie ich glaube, aber auch in verschiedenen Krankheiten selbst zum Durchbruche, obgleich hier sicher viel andere Einflüsse mit wirksam sind. So sollen bei Negern die Paralysen im Ganzen anders verlaufen als bei der weissen Rasse, so zeigt die Hysterie in Frankreich ein anderes Gesicht als bei uns, wie schon öfters betont ward, so sind, wie mir scheint, die Verbrecher-Psychosen in den sächsischen Irrenanstalten etwas anders gefärbt, als die z. B. von *Sommer* aus Allenberg geschilderten u. s. w. Vielleicht wird daher dereinst eine Geographie der einzelnen Krankheiten nach deren verschiedenen Abarten und eine Geschichte der betreffenden Leiden nach ihrem im Laufe der Zeiten in ein und demselben Lande veränderten Aussehen[1]), geschrieben werden.

Zu obiger kleinen Abschweifung verleiteten mich 2 Aussprüche, die vor kurzem über den Werth des Hyoscins als Sedativ von *Serger*[2]) und von *Dornblüth*[3]) ausgingen. Ersterer sagt nämlich (l. c. p. 326): „Nach diesen Erfahrungen scheint der Werth des Hyoscins auch als Beruhigungsmittel nur ein sehr problematischer zu sein und es bestätigt sich vollkommen die Ansicht *Gnauck*'s, welche das Präparat als für Geisteskranke nicht geeignet bezeichnet". *Dornblüth* dagegen, in einem Referate über eine Arbeit von mir[4]) meint: „Der vorzügliche Erfolg dieser Gaben, ohne jede üblen Nebenwirkungen, ist einfach unbestreitbar".

In meinem Aufsatze war ich nämlich der Anweisung *Rabow*'s gefolgt, benutzte sogar öfter doppelt so starke Dosen, wie Jener, d. h. $2 \times {}^{5}/_{6}$ mg Hyoscin pro die und musste trotzdem, auf meine Versuche gestützt, sagen, dass ich im Hyoscin bei chronisch erregten Frauen ein Sedativ nicht sehen könne und deshalb das Präparat für ein überflüssiges hielte. Ueble Nebenwirkungen hatte ich aber bei diesen Dosen nicht eintreten sehen. — Da nun

[1]) Der Charakter der Dem. paralyt. z. B. hat sich meines Erachtens nach in den letzten Jahrzehnten entschieden geändert, worauf man wiederholt aufmerksam machte. Aehnliches scheint auch mit andern Psychosen stattzufinden.

[2]) *Serger*: „Ueber die Wirkung des Hs. bei Geisteskranken". Diese Zeitschr. 1890, p. 308 ss.

[3]) Neurologisches Centralblatt 1890, p. 668.

[4]) *Näcke*: „Erfahrungen über einige neuere Arzneimittel der Psychiatrie etc." Diese Zeitschr. 1890, p. 68 ss.

Digitized by Google

Dornblüth mein ungünstiges Urtheil auf der für die meisten Fälle viel zu geringen Dosirung beruhend hielt und er selbst innerlich mindestens 1 mg, sehr oft und bei heftigeren Erregungszuständen sogar durchgängig 2 mg und zwar 2—3 mal täglich zu geben pflegt, so hielt ich eine Nachprüfung nach seiner Dosirung der Untersuchung für nicht unwerth und begann die Versuche am 21. Jan. c. a., um sie den 31. März zu beendigen.

Benutzt habe ich diesmal ausschliesslich das Hyoscinum hydrojodicum [1]) und verbrauchte davon beinahe 4,0 meist in Lösung. Da ich mich jedoch schliesslich überzeugte, dass die Dosirung auf solche Weise keine absolut sichre ist — die Grösse der Flasche und die Geschicklichkeit spielen ja beim Abtropfen eine grosse Rolle — so liess ich das letzte Gramm nur als Pulver mit Sacch. lactis verabreichen und zwar mehrmals täglich. Als Vehikel dienten Kaffee, Milch, Suppe, Gemüse, Bier, so dass der Magen nie nüchtern war. Am liebsten ward es in Bier genommen; Einige schmeckten trotzdem heraus, dass etwas „hineingethan" war, (einem Kranken schmeckte es nach Spiritus) und es ward daher einige Male weggeschüttet, was sonst sehr selten geschah. Als Minimum ward 1 mg pro die gegeben, meist mit 2 mg begonnen und allmählich bis auf 6 mg gestiegen, in einem Falle sogar bis auf 8 mg. Gewöhnlich ward die Medication wochenlang fortgesetzt und zwar bei 1 Kranken $1^1/_2$ Wochen, bei 1: 2 W., bei 1: $2^1/_2$ W., bei 3: 3 W., bei 1: 4 W., bei 5: 5 W., bei 4: 6 W., bei 1: $6^1/_2$ W., bei 3: 7 W., bei 1: $7^1/_2$ W., bei 5: 8 W. und endlich bei 3: 9 W. lang. Selten wurde einmal die Kur zeitweis unterbrochen wegen collapsartigen Zustandes, oder gar ganz abgebrochen. Die höchsten Dosen wurden gewöhnlich gegen Ende der Behandlung gegeben, bisweilen aber vorher und dann damit herabgegangen, weil der Körperzustand des Patienten es erforderte oder unterdes Beruhigung eingetreten war.

Das Krankenmaterial betreffend ward das Mittel an 29 meist chronisch mehr oder weniger unruhige, unheilbare Frauen — mit Einschluss von 3 periodisch Tobsüchtigen und 2 Epileptischen — verabreicht. Die Meisten gehörten den schon früher von mir mit kleineren Hyoscingaben behandelten und fast durchweg dem mitt-

[1]) Präparat von *Merck*-Darmstadt.

Digitized by Google

leren und höheren Lebensalter an. Die Mehrzahl bedurfte stets oder zeitweis der Zelle. 26 unter den 29 Personen erhielten (meist) zuletzt ad maximum 4 und 6 mg pro die und zwar 11: 4 mg (davon 1: $^1/_2$ Woche. 5: 2 W., 1: $2^1/_2$ W., 3: 3 W. und 1: 5 W. lang) und 15: 6 mg (davon 1: $^1/_2$ Woche, 1: 1 W., 1: $1^1/_2$ W., 7: 2 W., 2: 3 W. und 3: 4 W. lang). Eine Kranke endlich bekam die letzten 2 Wochen sogar 8 mg pro die.

Man wird also sicherlich der Versuchsreihe nicht vorwerfen können, dass sie zu klein, die Dosen zu niedrig und die Kur zu früh abgebrochen sei.

Was war nun das Endresultat? Es zeigte sich, dass wir bei unsern 29 Kranken 6mal „ganze Erfolge", 14 mal „halbe", 3 mal einigen und 6mal keinen Erfolg zu verzeichnen hatten.

Diese offenbar sedative Wirkung wird in ihrem Werthe aber leider durch folgende Betrachtung sehr eingeschränkt.

Zunächst wird ja bei chronischen Erregungszuständen fast stets ein Schwanken in der Intensität beobachtet und zwar scheinbar ein regelloses, so dass man bei einer nach irgendwelcher Medication eingetretenen Ruhe gewiss nur selten sicher behaupten kann, dass letztere ohne Medicin sich nicht gezeigt hätte. Lassen wir aber diesen Stein des Anstosses bei Seite, so finden wir, dass unter unseren 6 Fällen mit „ganzen" Erfolgen, die Beruhigung bei zwei zwar noch jetzt (d. h. Anfang April) anhält, bei 3 aber bereits wieder Unruhe sich einstellte und eine Kranke an Phthise starb, kurz nachdem sie 3 Wochen lang 2 mg täglich erhalten und sich fast ganz beruhigt hatte. Von der 2. Reihe sodann, den „halben Erfolgen" sind aber die Meisten sofort nach Aufhören der Kur in ihr lautes Wesen zurückgefallen.

Man sieht also, dass unsere Resultate nichts weniger als ermunternde waren: Beruhigung während der Kur zwar in mässigem Grade bei den Meisten, aber nach Unterbrechen derselben die alte Unruhe, so dass thatsächlich kaum viel gewonnen wurde. Dazu kommen aber noch weiter directe Schädigungen. Ungefähr drei Viertel unserer Kranken wurden nämlich im Laufe der Kur blass, matt, mager. Manche geradezu kachektisch, so dass sie sich selbst hinlegten oder gar eingebettet wurden und die Medication in einigen Fällen zeitweis unterbrochen oder ganz und gar aufgegeben werden

zed by Google

musste. Der Appetit war bei den Meisten geringer, manchmal fehlend, 5 Kranke erbrachen sich (die Eine will eine ganze Nacht durch gebrochen haben). Einige klagten über wüsten Kopf, waren offenbar schwindelig, taumelig, die Eine hatte sogar einen regelrechten Ohnmachtsanfall. Der Puls war oft genug klein, elend. Krämpfe, Durchfälle, Verschlimmerung der Unruhe, sowie deutliche Benommenheit wurden nicht beobachtet; die Antworten waren meist klare. Mehrere Personen klagten weiter über trocknen Hals („es klebe ihr wie Wachs im Halse" sagte Jemand) und verlangte viel Wasser zu trinken, wie auch einige Andere. Zwei hatten Augenschmerzen, eine dritte konnte nicht mehr lesen, es verwischte sich Alles vor ihren Blicken, also Accomodationsstörung.

Auffallend war es, dass ich eine deutliche Erweiterung der Pupille im Laufe der Kur nicht sah, ebensowenig das Wartpersonal und die Oberpflegerinnen, die auf dies Symptom speciell aufmerksam gemacht worden waren. Ein Uebersehen geringer Grade von Mydriasis ist aber wohl leicht möglich. — Sind nun alle die letzt erwähnten Zeichen dem Hyoscin sicher zuzuschreiben, so wird wohl auch Niemand die allmälig eintretende Ernährungsstörung — von *Serger* auch durch Abnahme des Körpergewichts gekennzeichnet — als im Zusammenhange damit stehend von der Hand weisen.

Hinzufügen möchte ich noch, dass zwar keine neuen Sinnestäuschungen entstanden, in 2 Fällen jedoch die Vergiftungsideen dadurch deutlicher, als zuvor, sich zeigten, indem die Kranken das Mittel herausschmeckten, es als „Gift" bezeichneten und die Portionen theilweis wegschütteten. Unsauberkeit trat ferner nicht auf, dagegen hörte zweimal das Zerreissen gänzlich auf.

War nun der Endeffect der Kur ein so entmuthigender, so ist es leicht begreiflich, zumal da so schwere Nebenerscheinungen auftraten, dass wir von einem so differenten Mittel weiterhin definitiv Abstand nahmen. Noch bei keiner Medication überhaupt sah ich so viele collapsartige Zustände, und ich möchte dringend den Collegen rathen, auch bei innerlicher Anwendung von Hyoscin in grösseren Dosen und bei Frauen nicht vorsichtig genug zu sein! —

Aber auch die Einwirkung des Mittels selbst war eine unregelmässige. Nur 2 mal wirkte es sofort, sichtliche Beruhi-

gung trat meist erst nach 2 Wochen und zwar zunächst Nachts auf, es schien öfter geradezu hypnotisch zu wirken. Selbst da, wo relative Ruhe eingetreten war, zeigte sich sehr oft zwischendurch ohne ersichtlichen Grund eine neue Erregung, die dann gewöhnlich erst einer höheren Dosis wich. Gewöhnung an das Mittel trat also ein, und auch der auftretende Schwächezustand und die andern Nebenerscheinungen liessen meist bald nach, während Blässe und Mattigkeit noch länger andauerten. Dass endlich plötzliches Abbrechen der Kur schädlich wirkte, fand ich nicht; es trat nur die alte Unruhe sofort oder nach einiger Zeit in ihre alten Rechte wieder ein.

Wenngleich *Serger* einen Unterschied in der innerlichen und subcutanen Anwendung des Hyoscins nicht constatiren konnte, so ist mir dies doch a priori, nach Analogieen, doch sehr unwahrscheinlich. Versucht habe ich das Mittel subcutan freilich nicht, da hierbei zu häufig von Anderen böse Nebenerscheinungen berichtet wurden, und *Serger* selbst erhöht nur noch diese Scheu, indem er durch sphygmographische Curven den mächtigen Einfluss des Alkaloids auf das Gefässsystem darlegt, besonders aber so schwere Vergiftungssymptome beschreibt, wie wir sie selbst nie gesehen haben. Ja in 2 seiner Fälle ist der Exitus letalis seiner Ansicht nach durch den rapiden Kräfteverfall beschleunigt[1]) worden und *Ostermayer*[2]) berichtet sogar einen Todesfall im Collapse nach Injection von 1 mg Hyoscin! Subcutan wirkt es freilich schneller, sicherer — allerdings gleichfalls nach der Individualität sehr verschieden, aber gewiss gefährlicher; auf keinen Fall aber ist diese Art der Anwendung die „bequemste", wie *Serger* will, weder für den Operateur noch den Patienten! — Unsere Erfahrungen ergeben also, dass wir dem Ausspruche *Serger*'s über den Werth des Hyoscins beitreten müssen, da sie sich zum grössten Theil mit den seinigen decken, trotzdem das Material theilweis und die Applicationsart ganz verschieden sind. Ich finde es nur auffallend, dass er die innerliche Anwendung bis zu 5,0 mg (auch bei Frauen?)

---

[1]) Auch bei unsrer, schon früher erwähnten Phthisica, erscheint dies nicht ganz unmöglich, trotzdem die Dosen keine hohen waren.

[2]) *Ostermayer*: Ueber die sedative und hypnotische Wirkung des Atropin und Duboisin. Diese Zeitschr. 1890, p. 278 ss.

pro die ohne irgend welche gefahrbringenden Symptome sah, während wir Schwächezustände schon bei viel kleineren Dosen sahen, freilich bei Frauen. Der Ausdruck „ohne irgend welche gefahrbringenden Symptome" ist allerdings nicht eindeutig und das Material *Serger*'s kein so einheitliches, wie das unsere.

Meine früher dargelegte Ansicht über Hyoscin kann ich also nach meinen Erfahrungen und denen Anderer kaum wesentlich ändern.

Wohl muss ich zugeben, dass höhere Dosen, innerlich gegeben, einigermaassen in den meisten Fällen sedativ wirken, aber diese Wirkung hält nicht an, und deshalb ist das Mittel wenig werth — immer chronisch geisteskranke Frauen vorausgesetzt; es ist aber durch böse Nebenwirkungen geradezu gefährlich[1]) und ich muss es daher für unsere Zwecke nach wie vor für überflüssig erklären.

Alles deutet darauf hin, dass es höchst wahrscheinlich die Gehirnsubstanz direct angreift; nach ***John Cunning Mackenzie***[2]) soll es die Rindenbewegungscentren lähmen.

Ob das Duboisinum sulf.[3]) berufen sein wird ein Ersatzmittel für Hyoscin darzustellen, bleibt der Zukunft vorbehalten.

Zum Schlusse möchte ich endlich nur noch bemerken, dass Beruhigung auf chemischem Wege nichts Anderes darstellt als chemischen restraint und im Allgemeinen einer Anstalt nicht zum Lobe gereicht. Das Ideal der Behandlung wäre, ohne einen solchen Ruhe herzustellen. Dass kleinere Anstalten durch ergiebige Bewegung im Freien, Beschäftigung etc., besonders aber Bettbehandlung — freilich auch wieder ein restraint, aber ein weit besserer, als der chemische — hierin Erkleckliches leisten können, ist erwiesen. Aber auch grössere Anstalten vermögen viel Gutes zu stiften, namentlich durch consequente Bettbehandlung[4]), wozu freilich nöthiger Raum und passendes, reichliches Wartpersonal gehört.

---

[1]) Siehe den interessanten Vergiftungsfall von Dr. *Adler* in der Berliner klinischen Wochenschrift (9. März 1891).

[2]) Siehe Referat im neurologischen Centralblatt 1891, 1. März.

[3]) *Ostermayer*, l. c.

[4]) Siehe *Hebold*: Bettbehandlung und Zelle. Vortrag im psychiatrischen Vereine zu Berlin, am 15. Dez. 1890, abgedruckt im 47. Bd. dieser Zeitschrift.

Digitized by Google

Ob freilich mit einer irgendwie erzielten dauernden Beruhigung Turbulenter für die Psyche chronisch Geisteskranker und Unheilbarer, bis auf ein menschenwürdigeres Dasein im äusseren Habitus, viel gewonnen werden wird, möchte ich einigermaassen bezweifeln, und quoad vitam wissen wir, dass chronisch Unruhige Jahre lang bei frischen Kräften ihre traurige Existenz fristen können. Die ganze Maassregel scheint mir mehr im Interesse der anderen Kranken und des Wartpersonals, als in dem der Unruhigen selbst zu liegen.

Digitized by Google

Zur Theorie der Hallucinationen[1]).

Von

Geheimrath **Dr. Tigges** in Düsseldorf.

1. Hallucinationen im Sinnesgebiet.

Das wesentlichste und Ausgangsmoment bei der Hallucination ist eine gesteigerte Erregbarkeit der Sinnescentren. Die Erregung derselben erfolgt bei den höheren Sinnen durch einen inneren, inadäquaten Reiz, anstatt des normalen äusseren adäquaten durch Einwirkung auf das periphere Sinnesorgan. Die meisten Autoren der Gegenwart verlegen die Sinnescentren in die Gehirnrinde. Jedoch wird der Sitz in den subcorticalen Centren, die früher von ***Hagen, Kahlbaum, Schüle*** u. A. als Sinnhirn bezeichnet wurden, neuerdings von ***Meynert*** mit Entschiedenheit vertheidigt. Nach ihm wird die Sinneswahrnehmung in den subcorticalen Centren fertig gestellt und zwar schon in einer räumlichen Beziehung, mindestens erweisbar bezüglich des Gesichtssinnes. Durch Fortleitung zur Gehirnrinde werden wir uns der Wahrnehmungen bewusst. In der Rinde entstehen die Erinnerungsbilder der Wahrnehmungen, die Vorstellungen und deren Associationen. Die Rinde an und für sich ist blind, empfindungs- und gehörlos. Demnach wäre der Sitz der Hallucination wie der normalen Wahrnehmung in den subcorticalen Sinnescentren zu suchen. Wäre diese Annahme richtig, so müssten nach Abscheidung der subcorticalen Sinnescentren von der Gehirnrinde, da die ersteren noch mit subcorticalen motorischen Centren in Verbindung bleiben, von Sinneseindrücken aus noch Bewegungen

[1]) Vortrag im psychiatr. Verein der Rheinprovinz am 13. Juni 1891.

resp. Abänderung von solchen zu erzielen sein. Im physiologischen Versuch ist dies, wenn man die Annahmen *Munk*'s für richtig hält, nicht der Fall. *Munk* hält bei den Säugethieren z. B. seine Sehsphäre in den Hinterhauptslappen für den ausschliesslichen Sitz der vollendeten Gesichtswahrnehmung und der elementaren Gesichtsempfindung. Seine der Sehsphäre vollkommen beraubten Thiere zeigten keine Lichtreaction irgend welcher Art (mit Ausnahme der Pupillenreaction, deren Centrum in den Basalganglien liegt), sie wichen nicht Hindernissen beim Gehen und Laufen aus, sie reagirten nicht bei bedrohlichen Gesichtseindrücken. Einige klinische Data dürften die *Munk*'sche Annahme auch für die menschliche Wahrnehmung stützen.

Die Mittheilungen der Augenärzte über Hemiopie in Folge Erkrankung eines Hinterhauptlappens und über vollständige Blindheit in Folge beiderseitiger Erkrankung erwähnen nirgend die Erhaltung elementarer Lichtreactionen (ausser Pupillenreaction), nicht das Vermeiden von Hindernissen beim Gehen, Ausweichen bei gegen sie gerichteten Gesten etc. Ferner müssten, wenn jene basalen Centren die sinnliche Qualität des Gesichtseindrucks bedingten, bei Abscheidung derselben von der Corticalschicht das Zustandekommen von Gesichtshallucinationen mit sinnlichem Inhalt unmöglich sein. In dieser Hinsicht bringt *Schüle* einen Fall von *Esquirol* bei, mit atrophirten Opt. und erweichten Thalamis bis in die Wurzel des Stabkranzes hinein mit langdauernden Gesichtshallucinationen. Ferner berichtet *Vetter* über einen Fall von Hemianopia sinistra bil. (bei normalem Augenbefund) und Gesichtshallucinationen, die hartnäckig links auf dem blinden Theil des Sehfeldes erschienen. Während Pat. fest auf einer Stelle sass, behauptete sie, Menschen zu sehen, die gingen und kamen und sich zu ihr setzten, aber stets an ihrer linken Seite. Die Erscheinungen erklären sich durch einen Herd im Mark des rechten Hinterhauptslappens als Ursache der Hemiopie, und einen Reizzustand in der Rinde dieses Lappens, als Ursache der Hallucinationen, die trotz Abgeschnittenseins der Rinde von den basalen Centren auftreten.

Für diejenigen, welche für die Phantasievorstellungen eine Betheiligung der Sinnescentren, also bei Schädigung der letzteren eine Schädigung der ersteren annehmen, fallen die Erscheinungen bei subcorticaler sensorischer Aphasie ins Gewicht. Bei ihr, also

Digitized by Google

bei Unterbrechung der Leitung zwischen linken Schläfenlappen und acust.-Centrum in der Med. obl. entsteht Worttaubheit ohne Störung des spontanen Sprechens. Die acustische Phantasie ist demnach wohl erhalten.

Diese Thatsachen, sowie andere noch anzuführende sprechen dafür, dass wir den Sitz der elementaren Sinnesempfindung, sowie der vollkommenen Wahrnehmung, und daher auch der Hallucinationen in den betreffenden Centren der Grosshirnrinde zu suchen haben.

Die grob anatomischen Läsionen der Rinde bieten keine ergiebige Fundgrube für Hallucinationen, zum Theil sind sie einfacher, wenig entwickelter Natur, Lichtflackern, Farben, Linien, Schlangen, die sich bewegen, Geräusch von einer Maschine etc. Jedoch sind vollkommen entwickelte Hallucinationen auch nicht ausgeschlossen. *Pick* berichtet von Hallucinationen nur auf dem rechten Auge. Abends vor dem Einschlafen sah Pat. Dinge und Personen, aber nur Theile davon, Kopf, Brust, die Gipfel der Bäume, während es unten dunkel war. Der Augenspiegel ergab nichts, dagegen war eine beträchtliche Einengung des Gesichtsfeldes nach oben und ein wenig nach innen vorhanden. Nach der *Munk*'schen Projectionstheorie würden hier die fehlenden Theile der Hallucinationserscheinungen den zerstörten, die vorhandenen den benachbarten, im Reizungszustand befindlichen Ganglienzellen entsprechen. Bei der grossen Ausdehnung der Ganglienzellen über die Sehsphäre ist eine isolirte Erkrankung derselben eher zu verstehen, als bei ihrer compacten Zusammendrängung in den subcortikalen Ganglien.

Ferner werden Gesichtshallucinationen berichtet, welche in den homonymen Hälften des Sehfeldes beider Augen oder auch in der verticalen Hälfte des Sehfeldes eines Auges auftreten, ohne Blindheit in denselben. Durch diese Form zeigen sie sich als abhängig von ausgesprocheneren Ernährungsstörungsen eines Hinterhauptlappens. Einen solchen Fall berichtet *Peterson* (nach Neurol. Centralblatt 1891 No. 5). Ein 20jähriger Mann leidet seit $^1/_2$ Jahr an hallucinatorischem Verfolgungswahn. Er nimmt die Stimmen der Verfolger ausschliesslich auf dem rechten Ohre wahr. Die vielfachen Gesichtshallucinationen (Menschen und Skelette) treten lediglich auf der rechten Hälfte beider Gesichtsfelder auf. Niemals

Digitized by Google

überschreiten sie die verticale Trennungslinie, und wendet sich Pat. nach der rechten Seite, so wandern die Erscheinungen ebenfalls noch weiter nach rechts. — Die Hallucinationen sind nach Verf. wohl zweifellos als central bedingt anzusehen. Der Sitz der Erkrankung sei in der Rinde des l. Occipital- und Temporallappens zu suchen.

Mendel (Berl. Klin. W. 1890, 26 und 27) berichtet von einem Fall *Holland*'s von atactischer Aphasie mit Worttaubheit, mit Gehörshallucinationen. Die letzteren bestanden in Wiederholung unverständlicher Phrasen, zuweilen substituirten sie ganz fremde Worte. So entsprachen sie der Störung im motorischen Sprachcentrum. Sie waren nach *Mendel* aphatisch atactische Hallucinationen. — Hier war die Worttaubheit entweder durch einen subcorticalen Herd im sensorischen Apparat, die Wortveränderung im *Mendel*schen Sinne durch Einwirkung des grob erkrankten motorischen Sprachcentrums auf das nur functionell erregte sensorische Centrum bedingt, wodurch ein weiterer Beweis dafür vorläge, dass die Erregung der sensorischen Rinde nach Abtrennung vom subcorticalen Centrum, noch Hallucinationen mit sinnlicher Qualität erzeugte. Oder der Sitz der sensorischen Störung war anatomisch in der sensorischen Rinde selbst. In diesem Fall würde eine Hallucination verstümmelter Art durch einen Rindenherd selbst bedingt sein.

Wenn demnach auch bei grob anatomischen Rindenherden Hallucinationen nicht ausgeschlossen sind, so scheinen jene doch eher den Organismus der Wahrnehmung zu zerstören, als jene molekularen Veränderungen zu beeinflussen, an die normale Sinneswahrnehmungen und Hallucinationen gebunden sind.

Eine vollendete Sinneswahrnehmung, z. B. eine Gesichtswahrnehmung setzt ausser der Thätigkeit des Sehcentrums die Miterregung zahlreicher Rindencentren, das Zusammenwirken einer Reihe elementarer psychischer Functionen voraus. So sind Bewegungselemente wirksam zur räumlichen Construction, es findet die Ergänzung solcher Empfindungselemente aus der Erinnerung statt, die augenblicklich in der Wahrnehmung nicht gegeben sind, die Verschmelzung mit den Kategorien von Erinnerungsbildern gleicher oder ähnlicher Wahrnehmungen. Ausserdem ruft eine Wahrnehmung zahlreiche räumliche, zeitliche, logische, ästhetische etc.

zed by Google

Associationen wach. Auf der andern Seite erscheint eine Vorstellung als das Endresultat einer oft langen Kette von Gedankengängen. Die Hallucination verhält sich in vollkommen gleicher Weise. Auf der einen Seite ergänzt sich eine nach den vorhandenen Dispositionen im Sinnescentrum erstandene Hallucination aus dem Bewusstseinsinhalte nach allen Seiten, auf der anderen tritt sie als Resultat innerlich bedingter Gedankengänge auf, indem sie ihre sinnliche Qualität als Hallucination durch die gesteigerte Erregbarkeit des Sinnescentrums erhält. Demnach ist sie nach allen Seiten nur durch die Natur des kranken Bewusstseinsinhalts zu begreifen. Speciell kommt noch zur Erwägung der Mangel an Besonnenheit, an corrigirenden, Hemmungsvorstellungen, wodurch das Zwangsmässige, Ueberwältigende für den Kranken bedingt wird. Ein Theil der erregenden und erregten Vorstellungen gehört dem Gebiete der Vorstellungen an, die sich unter der Schwelle des Bewusstseins befinden, so dass die Hallucination, welche bewusst ist, dem Kranken als fremdartig erscheint. — Diese Ausführungen stimmen mit *Mendel*'s sensoriell-psychischer Theorie überein.

Neben der gesteigerten Erregbarkeit des Sinnescentrums kann ein Zustand gesteigerter Reizbarkeit oder sonstige Abnormitäten der peripheren Sinnesbahn mit Einschluss des peripheren Sinnesorgans vorhanden, auch erstere durch letztere hervorgerufen sein. In diesem Fall werden ausser der ausgebildeten Hallucination elementare Sinnesempfindungen besonders hervortreten resp. vorhergehn. Bekannt ist der *Gräfe*'sche Fall von intensiven Lichterscheinungen mit paroxysmenweisen Uebergängen in farbige Figuren und Gestalten bei atrophischen Bulbis, die nach einer heftigen Gemüthserschütterung aufgetreten waren, und nach Exstirpation der Bulbi verschwanden. Analog liegt die Sache unter Umständen bei organischen Gehörleiden. Ausser diesem Vorausgehen und Begleiten elementarer Sinnesempfindung bei Hallucination und ausser dem anderweitigen Nachweis von Erkrankung des peripheren Sinnesorgans hat man noch andere Kriterien zur Annahme der Betheiligung der peripheren Sinnesbahn angegeben. So die stabile und die im Sehfeld sich bewegende Hallucination. Beide Eigenthümlichkeiten zeigten jedoch der rein central bedingte Fall *Vetter*, resp. *Pick* und andere. Ferner hat man die bei Augen- und Ohrenverschluss auftretende oder verschwindende Hallucination auf

Digitized by Google

periphere Betheiligung bezogen. Hierher fallen namentlich diejenigen abnormen Einwirkungen auf die Retina, welche von ihrem Vorbau ausgehen. Ein wahnsinniger Soldat bei *Cuylitis* (Allg. Ztschft. 47, 6 S. 52*) hatte auf dem rechten Auge eine Teufelserscheinung, die beim Schluss des Auges verschwand, wie auch der Wahn verschwand, als Pat. sich überzeugt hatte, dass die Erscheinung auf einem schwarzen Fleck in seinem Auge beruhte. Wo diese Einwirkungen auf die Retina von ihrem Vorbau aus nicht vorliegen, lassen sich bezüglich des Auftretens oder Verschwindens der Hallucinationen bei Schluss der Sinnespforte einerseits theoretische Gründe dafür anführen, dass ein centraler Sitz dasselbe Resultat haben könne. Andererseits scheinen die vorliegenden Thatsachen die ausschliesslich periphere Begründung nicht zu beweisen. Endlich hat man nach *Schüle* die einseitige Hallucination auf periphere Betheiligung bezogen. Jedoch liefert der Fall *Peterson* und *Pick* eine einseitige Gehörshallucination resp. Gesichtshallucination bei ausschliesslich centraler Begründung. Dass diejenige einseitige Gesichtshallucination, welche in einer verticalen Hälfte des Sehfeldes auftritt auf centralen Ursprung zu beziehen ist, wurde hervorgehoben. Ebenso sind zu deuten die doppelseitigen Hallucinationen mit verschiedenen Wahrnehmungen, welche als 2 einseitige zu betrachten sind. So theilt *Hammond* einen Fall mit, wo eine Frau mit dem rechten Auge einen Mann, mit dem linken eine Frau sah, und nur den Mann sah, wenn sie das linke Auge schloss.

Folgende Fälle verdienen ein besonderes Interesse: *Schüle* berichtet von einem Pat. mit Anfällen von linksseitiger intensiver Kopffluxion, der einmal in einem solchen Anfalle mit dem rechten Auge einen blau gekleideten Husaren sah, welcher sofort verschwand, als er dies Auge schloss. Da hier die Fluxion links, die Hallucination rechts war, so fehlt ein Anhalt für periphere Betheiligung.

Seppilli (nach Neurol. Cblatt 1890, 21) berichtet von einer Frau mit Angstzuständen und religiös gefärbten Wahnideen, und linksseitigen Gesichts- und Gehörshallucinationen. Die ersteren traten ausschliesslich in der linken Hälfte des Gesichtsfeldes des linken Auges auf. Zugleich waren häufig subjective Lichtempfindungen vorhanden, die ophthalmoskopisch auf eine Hyperämie der Chorioidea des linken Auges zurückgeführt wurden. Sobald Pat.

das linke Auge schloss oder in einen dunkeln Raum gebracht wurde, verschwand die erschreckende Teufelsgestalt sofort. Ebenso hörten die drohenden Stimmen sofort auf, wenn Pat. das linke Ohr verstopfte. In demselben machten sich fortwährend Geräusche, Sausen und Brausen bemerkbar.

Hier waren also, mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der Gesichtshallucination sichere Zeichen centraler Begründung vorhanden. Ebenso lagen Reizerscheinungen der peripheren Bahn vor. Die Hallucinationen verschwanden bei Schluss des Auges und Ohres.

Tomaschewsky und ***Simonowitsch*** (s. Allg. Ztschft 46. Bd. S. 352*) berichten von einer Epileptischen mit linksseitiger Paralyse. Die Section ergab angeblich chronisch-corticale Meningo-Encephalitis der 1. Schläfenwindung, Gyrus. ang., Hinterhauptwindungen, der unteren Hälfte der o. C. W., alles rechts. Es waren Verfolgungsideen vorhanden mit Gesichts- und Gehörshallucinationen, und zwar wurden die linksseitigen Hallucinationen von den beiderseitigen genau unterschieden. Oft gelingt es, die Gehörshallucinationen zu unterdrücken, wenn sie das linke Ohr verstopft, doch nicht immer. In demselben sind sensible Empfindungen vorhanden, das Gefühl von etwas Fremdem, ausserdem elementare Gehörsempfindungen. Links wurde ein chronischer Katarrh der Tuba Eust. und bedeutende Abschwächung des Gehörs constatirt. Ausser den beiderseitigen Gesichtstäuschungen trat später noch eine linksseitige auf. Im Centrum oder der linken äussern Hälfte des Gesichtsfeldes des l. Auges sehe sie beständig ein weisses Hündchen von unten nach oben springend, selbst wenn sie beide Augen oder das linke allein schliesst. — Hier hat man einen Krankheitszustand der Grosshirnrinde, welcher die Halbseitigkeit der Hallucinationen erklärt, ausserdem die als central bedingt charakterisirte Gesichtshallucination, und einen Krankheitszustand der peripheren sensorischen Bahn, nachgewiesen durch elementare Empfindungen und anderweite Zeichen organischer Erkrankung. Zu erwähnen sind auch noch die sensiblen Empfindungen in dem betreffenden Ohr. Der Verschluss des Ohrs beseitigte die Gehörshallucinationen nur zeitweise, der des Auges die Gesichtshallucinationen garnicht.

Es liegt nahe, in einzelnen Fällen die Einseitigkeit der Gehörshallucinationen aus der Mitbetheiligung von Gemeingefühlsempfindungen des betreffenden Ohrs herzuleiten. So wie Sensationen im

Epigastrium, im Munde und anderswo mit Gehörshallucinationen synthetisch verschmelzen und so die Stimmen im Epigastrium etc. gehört werden, so liegt die Möglichkeit desselben Vorgangs bei Sensationen in einem Ohr vor. Auf die sensiblen Empfindungen in dem betreffenden Ohr im Fall *Tomaschewsky* ist hingewiesen. Ferner ist vielleicht ein Fall *Schüle*'s so zu deuten. Ein hypochondrisch melancholischer Mann mit bereits ausgesprochener geistiger Schwäche hatte einen Ohrensprecher in seinem rechten Ohr, welcher ihm Alles beantwortete, dazwischen aber allerlei Namen etc. rief. Ueber subjective Geräusche klagte er nicht. Bei der Autopsie zeigte sich im rechten Ohr vollständige Verwachsung des Steigbügels mit dem For. rot.

Demnach würden für Annahme der Betheiligung der peripheren Bahn bei den Hallucinationen vorzugsweise ins Gewicht fallen die Zeichen von Erkrankung des betreffenden Sinnesorgans und die Beimischung elementarer Empfindungen. Einen nur relativen Werth würden haben das Auftreten oder Verschwinden der Hallucinationen bei Verschluss des Sinnesorgans und der Einseitigkeit der Hallucinationen. Für die Localisation einseitiger Gehörshallucinationen käme noch zur Erwägung das Vorhandensein von Sensationen in dem betreffenden Ohr.

Eine andere Frage ist die, ob nicht bei rein central bedingter Hallucination, also den gewöhnlichen Fällen, ein centrifugales Mitschwingen der Nervenerregung bis zum peripheren Sinnesorgan stattfindet oder stattfinden kann. Man führt hier die *Jolly*'schen Untersuchungsergebnisse des Gehörorgans mit dem constanten Strom an. Derselbe fand bei 4 von 5 Gehörshallucinanten eine erhöhte Erregbarkeit mit paradoxer Reaction. Ich fand ein ähnliches Resultat bei nicht bis zur Schmerzerregung gesteigerter Stromstärke bei Gehörshallucinanten nur bei organischem Gehörleiden, so dass meine Fälle in die vorher erwähnte Kategorie gehören. — Bezüglich der Gesichtshallucinationen meint *Wundt* und Andere, dass man dann eine Betheiligung der Retina annehmen könne, wenn die Hallucination mit den Augenbewegungen ihren Ort im Raum wechselt. Dass dies auch bei rein central bedingter Hallucination vorkommt, zeigt der erwähnte Fall *Peterson*. — Dann hat man von den Traumhallucinationen im Gesichtssinn vor dem Einschlafen und gleich nach dem Erwachen negative Nachbilder constatirt, was auf

eine Affection der Retina hinweist. Bei den Hallucinationen Geisteskranker liegt jedoch keine Angabe darüber vor. — Ferner hat *Hack Tuke* (Allg. Ztschft. 47 H. 2. S. 166*) die Eigenschaft der Nachbilder hervorgehoben, dass sie bei genügender Intensität Gegenstände in der Blickrichtung verdecken. Von den den Nachbildern vorhergehenden primären Reizungen der Retina wird man dies Verdecken um so eher erwarten dürfen. Die voll entwickelten Gesichtshallucinationen lassen offenbar andere Gegenstände in der Blickrichtung nicht hindurchscheinen. Denn nur so ist es verständlich, dass sie dem Bewusstsein neben und gleichzeitig mit wirklichen Sinnesempfindungen und in gleicher Geltung mit ihnen erscheinen. Jedoch lassen sich wohl theoretische Gründe dafür anführen, dass bei centralem Sitz der Functionsstörung das Verhalten dasselbe sein würde. In beiden Fällen würde es sich um gereizte Nervenelemente handeln, im einen Fall in der Peripherie, im andern im Centrum, die auf einen neuen Reiz nicht mehr reagiren. — Ob der Versuch *Brewster*'s bei *Hack-Tuke*, der ein entscheidendes Resultat ergeben würde, bei Gesichtshallucinationen Geisteskranker durch Druck auf ein Auge und dadurch bewirkte Schiefstellung seiner Axe Doppelbilder zu erzeugen mit positivem Resultat gemacht ist, geht aus dem genannten Referat nicht hervor [1]).

Nach Alledem ist bei Hallucinationen die Möglichkeit des centrifugalen Mitschwingens der peripheren Nervenbahn wahrscheinlich, doch bedarf die Sache noch weiterer Aufklärung.

2. Hallucinationen im Bewegungsgebiet.

Der psychische Antheil an den Bewegungen wird, wie seine Elemente immer vereinigt vorkommen, im Allgemeinen auch einheitlich aufgefasst, und vielfach als Muskelgefühl, Bewegungsempfindung, Bewegungsvorstellung etc. bezeichnet. Wie bei einer physiopsychologischen Analyse einer Gesichtswahrnehmung auf deren

[1]) Nachtrag. *A. Hoche* (Doppels. Hemianopsia inferior etc. im Arch. f. Psych. 23. Bd. 1. H.) bringt eine bezügl. Beob. bei. Die farbigen Elementarfiguren, Blumenformen etc. in dem Gesichtsfelddefect waren offenbar central bedingt. Bei Verschiebung des Bulbus wird die Erscheinung als theilweise sich deckende Doppelbilder empfunden. Demnach können Doppelbilder bei Verschiebung des Bulbus auch bei rein centralem Ursprung der Hall. vorkommen.

Elemente zurückgegangen werden muss, so auch hier. *Wundt* bezeichnet als solche die motorische Innervation mit der an dieselbe geknüpften centralen Empfindung als Grund der Bewegung, und die andern Empfindungen, welche an die Ausführung und Vollendung der Bewegung gebunden sind: die Muskelempfindung, welche die Contraction der Muskeln und ihren Grad anzeigt, die Sehnen-, Gelenk- und Hautempfindung. Dies sind die sog. kinästhetischen Empfindungen.

Eine eingehendere Analyse des Bewegungsvorgangs lehrt, dass jede Bewegung, auch die willkürliche, im normalen Zustande von einem Gefühl ausgeht, mag dies ein sinnliches, sensibles oder sensorielles, oder ein geistiges, ethisches, logisches etc. sein. Erreicht das Gefühl eine genügende Intensität, so findet von den sensiblen Ganglienzellen aus, als der Grundlage desselben durch die Associationsfasern eine Ueberleitung zu den psychomotorischen Centren statt, und von hier aus Auslösung der Bewegung. Die Auslösung wird als motorische Innervation, Willensimpuls empfunden. Dieser psychische Vorgang steht in derselben Beziehung zu den andern Functionen des Associationsapparats, als die sensible und sensorielle Empfindung. Wenn man daher ihn etwa als Innervations-Gefühl, Bewegungs-Empfindung bezeichnet, so drückt Gefühl, Empfindung hier nichts anderes aus, als Wahrnehmung des psychischen Impulses, der Innervation. Es liegt kein Grund vor, neben der Wahrnehmung dieses Bewegungsimpulses noch ein besonderes sensibles Element anzunehmen. Die Innervationen entsprechen demnach den Empfindungen der höheren Sinne. Die Handlungen, welche eine zweckmässige Coordination von Innervationen enthalten, entsprechen den vollkommenen Sinneswahrnehmungen. So wie letztere Erinnerungsbilder hinterlassen, die Vorstellungen, so die ersteren die Bewegungsvorstellungen. Diese sind also die Erinnerungsbilder von früheren Innervationen und deren Resultanten.

Im normalen Zustande können Vorstellungen nicht die Ursache von Sinnesempfindungen sein. Die Analogie würde an die Hand geben, dass die Bewegungsvorstellungen (die Erinnerungsbilder von früheren Innervationen) auch keine Innervation, Bewegung erzeugen können. Dies zeigt auch, wie erwähnt, die physio-psychologische Untersuchung. Eine Bewegung wird immer nur hervorgerufen durch einen sensiblen Factor, der ein Bedürfniss aus-

Digitized by Google

drückt, das Streben erzeugt, ein Lustgefühl herbeizuführen, ein Unlustgefühl abzuhalten. Die Bewegungen zur Nahrungsaufnahme z. B. werden veranlasst durch die Hungerempfindung. Dieselbe ruft im entwickelten Zustande zunächst die Vorstellung der Nahrung, der geeigneten Bewegungen zur Aufnahme derselben und der dadurch bewirkten Sättigung hervor. Diese Vorstellungen geben nur die Richtung, die Bahn des Strebens an. Die Hungerempfindung schlägt (primitive Zustände gedacht, Ausschluss von Gewohnheit etc.) in die durch sie innervirten Bewegungen um, wenn sie hinreichend stark ist und jene Vorstellungen, so wie andere, z. B. betreffend die günstige Gelegenheit, den Vorgang hinreichend vorbereitet haben. Wenn man im vorliegenden Fall die Vorstellung der Sättigung als Motiv und als Ursache der Handlung bezeichnet, so muss das Motiv nach dem Vorstehenden, wenn es diese Wirkung haben soll, verbunden mit der treibenden Hungerempfindung hinter ihm gedacht werden, ohne die es wirkungslos sein würde.

Diesen Innervationen, Impulsen gegenüber sinken die andern genannten Empfindungen, die der Muskeln, Sehnen, Gelenke, Haut auf die Rolle von Folgeerscheinungen der Bewegungen herab, welche das Bewusstsein über den Erfolg der Innervation unterrichten, regulirend wirken etc. und mit ihr synthetisch zu einer Gesammtbewegungsempfindung verschmelzen. Dass sie kein principiell wesentliches Element bei den Bewegungen sind, lehren die Fälle ihres Verlustes bei Hysterischen, bei organischen Gehirnerkrankungen, bei denen die Bewegungen nicht aufgehoben waren.

Wenn demnach Innervationen, Bewegungsimpulse die Leistung der psychomotorischen Centren darstellen, so giebt — analog wie bei den sensoriellen Centren — eine gesteigerte Erregbarkeit und wirkliche Erregung des motorischen Rindencentrums zu spontan ausgelösten Bewegungsimpulsen Veranlassung, welche, analog wie dort, ihren Inhalt rückwärts aus bewussten oder unbewussten Vorstellungen erhalten oder ihrer Art und Richtung nach ergänzen. Diese spontanen, aus krankhaften Reizen des motorischen Centrums entstandenen Bewegungsimpulse stellen also die Hallucinationen der letztern dar.

Während bei den sensoriellen Hallucinationen das Krankhafte dadurch charakterisirt werden konnte, dass der Reiz ein abnormer

innerer, gegenüber dem normalen äussern war, ist bei den Bewegungen der innere Reiz der normale, und die Abnormität besteht von diesem Gesichtspunkte aus in der abnormen Stelle der Einwirkung, direct auf die motorischen Centren. Es kann jedoch ein abnormer Reiz auch die Empfindungen und Vorstellungen treffen, welche die zu Bewegungen führende Gefühlsbetonung enthalten, sodass eine abnorme Fülle oder überhaupt eine abnorme Art von Bewegungen bei normaler Function des motorischen Centrums erfolgen können. Man wird daher abnorme Bewegungen nach diesen beiden Richtungen zu scheiden versuchen. Beispielshalber wird man gesteigerte Unruhe, durch Angst herbeigeführte Handlungen, Widerstreben, scheinbar zwangsmässige Bewegungen und Reden bei Melancholikern auf jenen Gefühlsfactor zurückführen.

Ebenso können alle abnormen Gefühle und Vorstellungen irgend welcher Art zu Bewegungen Veranlassung geben. Dass unter diesen nach *Cramer* die kinästhetischen Empfindungen, wenn hallucinirt oder sonst verfälscht, diese Wirkung auch haben können, ist durch physiologische und pathologische Beobachtungen nachgewiesen.

Gegen die Zurückführung der Störungen der Bewegungen und Handlungen auf functionelle Störungen der Rinde hat man mit Unrecht geltend gemacht, dass bei gröberen Erkrankungen der Rinde und Häute nur grobe Bewegungsstörungen, Krämpfe, Muskelspannungen etc. sich zeigten. Der centrale Bewegungsmechanismus scheint, analog wie beim Gesicht und Gehör, nur bei feineren molecularen Veränderungen noch in seiner psychischen Bewegungsform zu functioniren, bei gröberen zerstört zu werden.

Wenn man die Krankheitsbilder genauer bezeichnen will, die auf eine gesteigerte Erregbarkeit oder anderweit abnorme Verhältnisse der motorischen Centren zu beziehen sind, so erwachsen nach dem Ausgeführten Schwierigkeiten aus dem Zusammenhang der psychischen Functionen, dann noch aus dem Umstande, dass mehrere Centren zugleich, oder das eine secundär durch das andere, eine gesteigerte Erregbarkeit haben können. Man wird daher in manchen Fällen nur eine Wahrscheinlichkeitsannahme machen können. Am unbestrittensten gehört wohl hierhin die Ueberproduction in Bewegungen und Sprechen bei maniakalischen Zuständen. *Roller* hat von diesen Zuständen viel Material und die Lite-

zed by Google

ratur beigebracht. Die Manien gehen auch mit einer procentuellen Gewichtsabnahme des Stirnlappens einher. — Bei den Zuständen, die man gegenwärtig in Deutschland als acute Verwirrtheit, acuter Wahnsinn, acuter hallucinatorischer Wahnsinn etc. bezeichnet, legt man m. E. auf die Selbständigkeit, die Spontaneität der motorischen Erregung in einem Theil der Fälle nicht das nöthige Gewicht. — Die motorischen Entladungen des impulsiven Irrseins werden von *Krafft-Ebing, Schüle* etc. auf eine abnorme Erregbarkeit des psychomotorischen Apparats (Convulsibilität) bezogen. Letzterer betont den Gegensatz zu den Entladungen aus einem Angstanfall, welche reflexartig erfolgten. Da jedoch eine Entladung aus einem Reiz im motorischen Centrum sich rückwärts mit Gefühls- und Vorstellungselementen ergänzt, so wird nicht der Anfall allein, sondern der gesammte Krankheitszustand zur Erwägung kommen müssen. — Hierher gehören ferner manche Erscheinungen des epileptischen Irrseins, Reizbarkeit, zerstörende Handlungen, das post- etc. epileptische automatische Reden und Handeln. — Das Zwangsreden bei paranoischen Zuständen etc., in höherem Grade noch die Zwangsbewegungen und Handlungen, welche gleich den Zwangsvorstellungen bei relativ intactem Bewusstsein und als fremd erkannt auftreten, sind Erscheinungen im Bewegungsgebiet, ohne dass man einen adäquaten sie veranlassenden Vorstellungsinhalt entdecken kann. — Dasselbe gilt auch zum Theil von den katatonischen Haltungen und Bewegungen, doch sind hier zugleich viele abnorme Empfindungen und Vorstellungen[1]) vorhanden, speciell können nach *Cramer* abnorme Muskelgefühle von Bedeutung sein. Eine Mitbetheiligung des motorischen Centrums ist schon deswegen wahrscheinlich, weil sie bei normalem Zustande desselben auf die Dauer nicht zu leisten wären.

Es dürfte hier angemessen sein, auf die *Cramer*'schen Ausführungen über Zwangsvorstellungen, Zwangsreden etc. einzugehen. Die allgemeinen Anschauungen *Cramer*'s fussen auf denen von *Stricker*. Nach ihm denken wir fast ausschliesslich in Wortvorstellungen. Dieselben bestehen beim stillen Denken in leichten Impulsen, die vom motorischen Sprachcentrum centrifugal in die

[1]) *Kraepelin*'s Suggestion?

Sprachmusculatur entsandt werden, den Initialen, die ähnlich denen beim wirklichen Sprechen sind.

Die Vorstellungsbilder aus dem acustischen Wortcentrum haben fast gar keine Bedeutung. Die Initialgefühle gehen beim lauten Sprechen, ebenso beim Schreiben vorher, folgen beim Lesen und Hören einer Anrede und führen so zum Verständniss. Wäre diese Annahme richtig, so wäre den Abnormitäten der Innervation bei den Abnormitäten des Denkens und Sprechens ein weiter Spielraum eingeräumt.

Cramer nimmt nun die motorischen Impulse im *Stricker*'schen Sinne an, jedoch associirt nach ihm das Bewusstsein in gewohnter Weise jede Bewegungsempfindung im Sprachapparat mit der dazugehörigen durch den Acusticus erworbenen Gehörsvorstellung. Eine krankhafte Veränderung des Impulses tritt dann bei Erklärung der Erscheinungen nicht auf, eine solche des acustischen Elements nur wenig. Das Maassgebende sind krankhafte Veränderungen der Muskelgefühle des Sprachapparats, welche centripetal zur Rinde gebracht und hier als Bewegungsempfindungen und -Vorstellungen des Sprachapparats abgelagert werden. Diese abnormen Erregungen der Sprachmuskelgefühle reichen nach *Cramer* zur Erklärung der Zwangsvorstellungen, des Zwangsredens und der inneren Stimmen aus. Zu dem Gedankenlautwerden ist es nöthig, dass sie sich mit irgend einem Tone oder Geräusche associiren, sei es mit dem Eigenton des Ohrs, oder irgend einem entotischen Geräusche, oder mit einer normalen acustischen Empfindung oder endlich mit einem Producte des hallucinatorisch erregten Acusticus (Klang, Klangfarbe und Geräusche, entsprechend der specifischen Energie des Acust.). Andere als diese einfachen Lautempfindungen bis zum Hören einzelner Worte schreibt *Cramer* den krankhaften Erregungen des acustischen Wortcentrums nicht zu, so dass hallucinirte zusammenhängende Sätze immer auf jenen Vorgang im motorischen Centrum zu beziehen sind.

Gegen die allgemeine Gültigkeit dieser festgeschlossenen Auffassung dürften sich erhebliche Einwände geltend machen lassen. Zunächst denken wir bei Objecten der Gesichts- und Gehörswahrnehmung, so weit letztere sich nicht auf Wort- und Tonwahrnehmungen beziehen, vielfach anschaulich ohne Worte. Der Bildhauer und Maler, die nach äussern Objecten bilden, denken ursprünglich nicht

zed by Google

in Worten, wenn sich auch diese bei unserer psychischen Entwickelung, wie sie ist, leicht anschliessen. Dasselbe gilt für viele Zwangsvorstellungen, so von dem Herrn bei *Cramer*, der seine schlafende Frau, ihren entblössten Hals sah und bei dem sich mit unwiderstehlicher Gewalt die Vorstellung aufdrängte, ihr mit dem Rasirmesser den Hals abzuschneiden, bis er den Schlüssel zum Etui zum Fenster herauswarf. Dasselbe gilt von der Zwangsvorstellung der Agarophobischen, einen freien Platz nicht überschreiten zu können etc.

Der 2. Einwand ist der, dass bei vorliegenden Wortvorstellungen in den Krankheitserscheinungen kein Anhalt dafür vorliegt, die krankhaften Erregungen der centripetalen Bahn der Muskelgefühle des Sprachapparates, vor denen der centrifugalen motorischen Innervation zur Erklärung zu bevorzugen. *Cramer* bezieht nach Obigem die innern Stimmen Geisteskranker auf eine Hyperästhesie der centripetalen Bahn, welche die Muskelgefühle des Sprachapparats zur Rinde bringt. So werde die Articulation der innerlich gedachten Worte verstärkt wahrgenommen und als innere Stimme gedeutet. Die Sache lässt sich ja so auslegen. Jedoch ist diese Hyperästhesie der Muskelgefühle sonst nicht nachgewiesen. Die Bedeutung der Sensationen im Munde, Epigastrium etc. ist früher besprochen. Man kann daher, mehr im Sinne der *Stricker*'schen Auffassung, den Vorgang auch als primär verstärkte motorische Articulation beim innern Sprechen auslegen. Bei beiden Ansichten bleibt dann noch zu erklären, warum der Kranke, in einem Fall die verstärkte Articulation, im andern die verstärkte Empfindung bei normaler Articulation nicht als subjective Vorgänge auffasst, sondern auf fremde Einflüsse bezieht.

Cramer erklärt ferner nach demselben Gedankengange die Zwangsvorstellung als resultirend aus einer örtlich begrenzten hallucinatorischen Erregung jener centripetalen Bahn der Sprachmuskelgefühle, so dass ihr entsprechend nur eine ganz bestimmte Bewegungsvorstellung (Sprachvorstellung) sich dem Bewusstsein aufdränge. Zieht man die Analogie der sensoriellen Sinnesstörung heran, so erregen Reizungszustände der peripheren Sinnesbahn nur elementare Empfindungen; zur vollendeten Hallucination ist die gesteigerte Erregbarkeit des Sinnescentrums erforderlich,

Digitized by Google

und die Gestaltung der Hallucinationen hängt wesentlich von den Dispositionen in diesem, nicht von der Reizung der peripheren Bahn ab. Bei der angenommenen sensiblen hallucinatorischen Erregung würde man daher auch auf die Centralstelle des Muskelgefühls in der Gehirnrinde zurückzugehen haben. Es würde dann immer noch der wesentlichste Faktor der innern Wortbildung, der motorische Impuls, hinzuergänzt werden müssen. Man käme daher mit der Annahme, dass die motorische Articulation aus innerer Reizung des Sprachcentrums in jener örtlichen Begrenzung der Ausgangspunkt sei, einfacher zur Erklärung.

Ein weiterer Einwand geht dahin, dass bei vorliegender Wortvorstellung die Wichtigkeit des motorischen Wortcentrums überschätzt, die des sensorischen Wortcentrums unterschätzt ist. Die höheren Säugethiere, Kinder die noch nicht sprechen können; — welche beide, nebenbei bemerkt, wie auch die nicht unterrichteten Taubstummen, viele Vorstellungen über äussere Gegenstände haben ohne Wortvorstellungen —, verstehen eine Reihe von Worten, ohne zu articuliren, das Kind lernt das Articuliren nach den acustischen Wortbildern, welche demnach das Primäre sein müssen. Besonders ins Gewicht fallen die Fälle motorischer corticaler Aphasie. Hier ist bei vollständig entwickelten und nicht complicirtem Krankheitsbilde die Wortarticulation aufgehoben, dagegen das Verständniss der gehörten Worte vollständig erhalten. Es dürfte die Selbständigkeit der Wortwahrnehmung als Function des acustischen Wortcentrums ebenso anzunehmen sein, wie die der Gesichtswahrnehmung als die des Sehcentrums. Wie die letztere nach Früherem eine Reihe psychischer Elementarfunctionen einschliesst, so auch die vollendete Wortwahrnehmung, zunächst die Articulation des betreffenden Wortes, die Verschmelzung mit den Erinnerungsbildern desselben oder ähnlichen Wortes, die Association zu dem Schriftbilde, zu der Vorstellung, deren Symbol das Wort ist. Je nach Umständen und Individualität wird das eine oder andere dieser Elemente mehr betont werden. Bei dem auf vieles Reden Angewiesenen, bei dem Schauspieler wird das articulirende Element vor-, unter andern Umständen mehr zurücktreten.

Wenn demnach die Wortwahrnehmung und -Vorstellung

Digitized by Google

wesentlich als Function des acustischen Wortcentrums erscheint, so wird, analog wie beim Sehcentrum, eine gesteigerte Erregbarkeit des sensorischen Wortcentrums zu voll entwickelten Gehörshallucinationen, auch in zusammenhängenden Sätzen Veranlassung geben. So wie die Gesichtshallucinationen stehen auch die Gehörshallucinationen mit dem allgemeinen Vorstellungsinhalt in Beziehung, sie erhalten ihren Inhalt aus den bewussten oder unbewussten Vorstellungen, oder ergänzen ihn aus denselben nach ihrer Art und Richtung. Demnach geben sie die innerlich gedachten Worte wieder oder wiederholen sie, oder stehen in irgend welcher Beziehung zu Vorstellungen oder ihren unbewussten Spuren. Während die Gesichtswahrnehmungen vorzugsweise eine räumliche Ausgestaltung erfahren, überwiegt hier die zeitliche. Dies gilt auch von dem von *Cramer* so bezeichneten Gedankenlautwerden.

Aus dem Vorstehenden ergiebt sich bezüglich der innern Stimmen, der Zwangsvorstellungen, des Zwangsredens und des Gedankenlautwerdens Folgendes:

Ein Theil der in Frage kommenden Vorstellungen tritt ohne oder nur in secundärer Beziehung zu Wortvorstellungen auf. Bei den vorliegenden Wortvorstellungen liegt kein Anhalt dafür vor, die krankhaften Erregungen der centripetalen Bahn der Sprachmuskelgefühle vor denen der centrifugalen motorischen Articulation zur Erklärung zu bevorzugen. Die in Frage kommenden Wortvorstellungen sind vielfach und die Gehörshallucinationen in höherem Grade wesentlich als Function des sensorischen Wortcentrums aufzufassen.

Es sind bisher die motorischen Centren der Gehirnrinde als die Ursprungsstätten der motorischen Innervation, der Willensimpulse angesehen. Dies ist die Ansicht der Mehrzahl der Autoren. *Meynert* lässt die Innervationsgefühle durch die Reflexbewegungen in subcorticalen Centren entstehen, von da in die Gehirnrinde gelangen, und von hier als selbständige Faktoren in dem vorgetragenen Sinne weiter wirken. *Munk* lässt die Innervationsgefühle dauernd an die subcorticalen Centren gebunden sein. Die Ursache der willkürlichen Bewegung ist ihm die Bewegungsvorstellung, welche bei einer gewissen Intensität die Bewegung hervorruft. Das Innervationsgefühl kann dann nur secundär, von den subcor-

ticalen Centren zur Gehirnrinde fortgeleitet, wahrgenommen werden. Hier liegt ein eigenthümlicher Gegensatz zwischen *Meynert* und *Munk*. Während bei dem Gesicht und Gehör *Munk* die sinnliche Wahrnehmung durchaus an die Rinde bindet, liefern bei *Meynert* die subcorticalen Centren die sinnliche Qualität. Während bei der Bewegung *Munk* das Innervationsgefühl an die subcorticalen Centren bindet, legt *Meynert* dasselbe, wenigstens im entwickelten Zustande, der Gehirnrinde bei. *Wundt* verlegt im Sinne des Vorgetragenen alle sensiblen, sensoriellen und motorischen Functionen in die Gehirnrinde. Die Grundlage aller psychischen Functionen ist ihm die Triebäusserung. Dieselbe erfolgt nach dem Reflexschema, jedoch ist sowohl die Bewegung als auch das veranlassende Gefühlselement, so wie das Innervationsgefühl in der Triebhandlung bewusst enthalten. Es scheinen ihm sowohl die Bewegungen der niedersten thierischen Wesen, als die der neugeborenen Thiere und Menschen diese Attribute zu besitzen. Aus diesen Triebäusserungen entwickeln sich nach ihm auf phylogenetischer und ontogenetischer Stufe nach unten hin die Reflex- und automatischen Bewegungen, nach oben hin die willkürlichen Handlungen, welche, im Gegensatz zu den Triebhandlungen kein eindeutig bestimmtes Ziel haben. Hier liegt ein Gegensatz zu *Meynert* vor, der die Reflexbewegungen als den Ausgangspunkt ansieht und zwischen ihnen und den Willkürbewegungen keine Mittelstufe, Triebhandlung zulässt. *Meynert* gesteht selbst den neugeborenen Menschen nach *Kussmaul* sowohl primitive Wahrnehmungen, als nach ihnen abgeänderte Bewegungen zu. Ein Argument gegen die nach *Wundt* angenommene Function der Grosshirnrinde bei Neugeborenen besteht darin, dass die Pyramidenbündel im Stabkranze des Grosshirns noch grau sind, erst Wochen lang nach der Geburt weiss werden, und dass *Soltmann* bei neugebornen Hunden die motorischen Centren gegen elektrische Ströme unerregbar und noch nicht motorisch fand. Jedoch führt *Hitzig* aus, dass diese Unerregbarkeit vielleicht nur auf Mangel von Anspruchsfähigkeit gegen elektrische Ströme, nicht auf Mangel von Leitung für Erregungen zu beziehen sei, da es den vorhandenen Axencylindern an Markumhüllung fehle. Demnach würde die *Wundt*'sche Annahme auch für diese Periode zulässig sein.

Für den Sitz der motorischen Functionen in der Gehirnrinde

zed by Google

beim Menschen nach vollendeter Entwickelung sprechen einige Thatsachen, welche *Jastrowitz* im Wesentlichen zusammenfasst. Nach Heerden in den motorischen Centren und Unterbrechung der Projectionsfasern von da zu den subcorticalen Centren entstehen wirkliche Muskellähmungen, nicht solche der Bewegungsvorstellungen. Ferner sind in den motorischen Centren die *Betz*'schen Zellen vorhanden. Ihre elektrische Reizung erzeugt geordnete Bewegungen, nach ihrer Zerstörung erfolgt secundäre Degeneration. Ferner lassen sich von den subcorticalen Centren aus nach ihrer Abscheidung von den Rindencentren, obgleich sie mit den sensiblen Nerven in Verbindung stehen, durch Reizung der letzteren keine Bewegungen nach dem Schema der Willkürbewegungen erzielen, ebenso bei motorischer corticaler oder subcorticaler Aphasie keine Bruchstücke von Wortarticulationen durch Reizung sensibler oder sensorischer Nerven, welche ebenfalls ihre Verbindung mit den Sprachbewegungsnerven in den subcorticalen Centren erhalten haben.

Aus allem folgt, dass wir als den Sitz der Innervationen, der Willensimpulse die Grosshirnrinde anzusehen haben.

Digitized by Google

Ueber die acuten Formen von Amentia und Paranoia[1]).

Von

Wl. Serbski,

I. Assistenzarzt der psychiatrischen Klinik in Moskau.

Die Initiative zur Erforschung derjenigen Krankheitsform, für welche sich die Bezeichnung „primäre Verrücktheit", Paranoia, eingebürgert hat, gehört — ebenso wie in vielen anderen psychiatrischen Fragen — den französischen Autoren. Von den Monomanien *Esquirol*'s, in denen im Wesentlichen der erste Keim der modernen Lehre von der Verrücktheit (seine monomanies intellectuelles) liegt, garnicht zu reden, müssen wir in erster Reihe den ganz ungerechterweise vergessenen talentvollen französischen Arzt Lasègue nennen, welcher schon im Jahre 1852 die charakteristischen Züge des Verfolgungswahn (délire des persécutions) zeichnete, und zuerst diesen jetzt allgemein verbreiteten Terminus gebraucht hat. Bereits im selben Jahre sprach der berühmte *Morel* in seinen Etudes cliniques von der Transformation hypochondrischer Ideen in Verfolgungs- und Grössenideen. Später gebraucht *Morel* in seinem Traité des maladies mentales (1860) den Ausdruck „folie systématisée" an Stelle der Monomanie *Esquirol*'s, wo er sie, im Gegensatz zu der damals in Deutschland herrschenden Lehre *Griesinger*'s und seiner Vorgänger, als primäre psychische Störung auffasst, und nicht als secundären Zustand psychischer Schwäche. Wenn also der erste Schritt in der Entwicklungsgeschichte der

[1]) Vortrag, gehalten auf dem IV. Aerztecongress zum Gedächtniss *Pirogow*'s in Moskau am 7. Jan. 1891.

zed by Google

Frage von der primären Verrücktheit an die Namen *Lasègue* und *Morel* geknüpft ist, so wurde der zweite bedeutsame Schritt erst relativ unlängst gethan (1878), dank der Arbeit *Westphal*'s „Ueber die Verrücktheit". Zwar war um diese Zeit auch in Deutschland der Boden bereits genügend vorbereitet, doch hatten die Autoren [1]), welche sich früher mit dieser Frage beschäftigten, ausschliesslich die chronische Form der Verrücktheit im Auge gehabt, während *Westphal* auf das Vorkommen einer acuten, heilbaren Form hinwies und dieselbe, wenn auch nur sehr kurz, beschrieb. Das gewichtige Wort des Berliner Professors rief eine ganze Reihe von Arbeiten über die Frage von der acuten Verrücktheit hervor (*Meynert, Fritsch, Feaux, Tilling, Mercklin, Mayser, Wille, Konrad, Mendel;* von russischen Autoren — *J. Botkin, B. Greidenberg, S. Uspenski, P. Rosenbach* und Prof. *Kowalewski*) [2]). Dank dieser detaillirten Bearbeitung hat sich die Lehre von der acuten Form der Verrücktheit soweit gefestigt, wenigstens in Deutschland [3]), dass sie schon in alle neueren Lehrbücher der Psychiatrie übergegangen ist (*Kraepelin, Krafft-Ebing, Scholz, Salgò*). Zunächst klärte sich eine ungemein wichtige Thatsache auf: dass nämlich die in Rede stehende Form nicht eine der Unterarten der Verrücktheit darstellt, wie *Westphal* lehrte, sondern eine völlig selbständige Krankheit, die mit der chronischen Paranoia nichts gemeinsam hat.

---

[1]) *Snell*, welcher als Erster in Deutschland hervortrat mit der Arbeit „Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung" (1865); *Griesinger*, welcher sich den Anschauungen *Snell*'s anschloss und zuerst die Bezeichnung „Primäre Verrücktheit" aufstellte (1867); *Sander*, welcher eine Beschreibung der „originären Verrücktheit" lieferte (1868), und endlich *Samt* (1874).

[2]) Ich citire nicht ausführlich die Literatur der Frage, die bereits mehrfach bei den genannten Autoren angeführt ist; noch ganz neulich erschienen die Arbeiten von *P. Rosenbach* und Prof. *Kowalewski* mit genauer Darlegung der Entwickelungsgeschichte dieser Frage.

[3]) Die französischen Autoren sondern die acute Form noch nicht aus (mit alleiniger Ausnahme des eine gesonderte Stellung einnehmenden Délire d'emblée); so ist z. B. *Séglas*, welcher eine genaue kritische Uebersicht über die Literatur der Paranoia giebt, der Ansicht, dass ihre acute Form theils zur Melancholie, theils zur Manie gehört (Arch. de Neurol. 1887).

Digitized by Google

Mit dieser Absonderung tauchten naturgemäss auch neue Benennungen auf, und es sind ihrer so viele geworden, dass sie die Verständigung zwischen den Psychiatern erheblich erschweren. Dieses ist die erste Frage, welche einer gemeinschaftlichen Berathung bedarf, denn die Terminologie der uns beschäftigenden Krankheitsform ist weder bei uns, noch in Deutschland eine feststehende. Die Deutschen haben folgende Bezeichnungen: acute primäre Verrücktheit (*Westphal*), hallucinatorischer Wahnsinn (*Krafft-Ebing*), hallucinatorische Verwirrtheit (*Meynert*, *Fritsch*) einfach Verwirrtheit (*Wille*), acutes asthenisches Delirium (*Mayser*), acuter Wahnsinn (*Schüle*), hallucinatorische Verworrenheit (*Konrad*, *Salgò*, *Scholz*), asthenische (und hallucinatorische) Verwirrtheit (*Kraepelin*), hallucinatorisches Irresein (*Fürstner*); ausserdem noch einige lateinische Bezeichnungen: Dementia generalis acuta oder subacuta (*Tilling*), Mania hallucinatoria (*Mendel*), Delirium hallucinatorium s. psychoneurosis hallucinatoria, und endlich auch noch paranoia acuta und paranoia hallucinatoria acuta. Diese reiche Auswahl wird für die russischen Psychiater noch durch eine Reihe eigener Termini erweitert. Was den lateinischen Namen betrifft, so glaube ich, dass die Bezeichnung, welche neulich von Prof. *Meynert* vorgeschlagen wurde, — amentia — sehr weite Verbreitung finden und alle früher vorgeschlagenen verdrängen wird (doch mit dem Epithet ‚acuta', da zweifellos auch Fälle von Amentia chronica vorkommen); der einzige Mangel dieser Benennung besteht darin, dass sie früher secundären Zuständen psychischer Schwäche beigelegt wurde, allein für Psychiater der Generation, zu welcher auch ich gehöre, fällt dieser Umstand nicht in's Gewicht, da die frühere Bedeutung fast ganz aus dem Gebrauch gekommen ist. Allein dem von *S. Korssackow* vorgeschlagenen Terminus ‚dysnoia' haftet auch dieser Mangel nicht an, und möchte ich ihm daher den Vorzug vor allen andern geben. Von den deutschen Bezeichnungen erscheint mir der Ausdruck ‚Verworrenheit', ‚Verwirrtheit' am zweckmässigsten, da er das hervorstechendste Symptom betont, und am wenigsten zu Missverständnissen Anlass geben kann. Der Name „Verrücktheit" hat sich so sehr für die chronische Form der Paranoia eingebürgert, dass es falsch wäre, eine von dieser absolut verschiedene Krankheitsform mit demselben Namen zu bezeichnen, und wäre es auch mit der Hinzufügung ‚acute',

Digitized by Google

‚hallucinatorische' oder ‚allgemeine Verrücktheit'. Was den Ausdruck ‚Wahnsinn' betrifft, so macht sich in letzter Zeit das Bestreben geltend, ihn ganz aus dem Gebrauch zu streichen (Vortrag *Werner*'s auf dem Congress deutscher Psychiater 1889, Artikel ‚Wahnsinn' in der Real-Encyclopädie).

Eine zweite — ungleich wichtigere Frage besteht darin, ob der Begriff ‚acute Amentia' das ganze grosse Gebiet von acuten Geisteskrankheiten in sich fasst, welches nach Ausscheidung der Melancholie und Manie übrig bleibt. Können wir uns mit der Aufstellung dieser drei Psychoneurosen begnügen, oder existiren noch andere acute, heilbare Formen psychischer Erkrankung? Dass die meisten Autoren der neueren Zeit noch eine vierte Psychoneurose unter dem Namen ‚dementia acuta' nennen, beantwortet bereits theilweise die vorstehende Frage; und in der That, man braucht nur an einen exquisiten Fall etwa von posttyphösem Schwachsinn zu denken, wo die ganze Störung auf Herabsetzung der psychischen Erregbarkeit, Verfall der intellectuellen Functionen und Abschwächung der Initiative beruht, um die Absonderung dieser Krankheitsform als vollkommen richtig anzuerkennen. Doch auch das genügt noch nicht. Es giebt zahlreiche Fälle, welche in dem Rahmen dieser Psychosen sich nicht unterbringen lassen, sondern die Aufstellung einer besonderen Krankheitsform verlangen. Gleich der chronischen Verrücktheit, ist auch diese letztere wesentlich charakterisirt durch das Vorhandensein von Wahnideen, und es dürfte daher am zutreffendsten die Bezeichnung ‚Paranoia acuta', acute Verrücktheit oder acuter Wahnsinn erscheinen.

Die Nothwendigkeit der Trennung dieser beiden Krankheitsformen — Amentia acuta und Paranoia acuta — klarzulegen, ist nun die Hauptaufgabe meines heutigen Vortrages. Ich muss constatiren, dass diese Trennung von den zeitgenössischen Psychiatern ganz unberücksichtigt gelassen wird; wir finden auch nicht den geringsten Hinweis darauf selbst in den allerneuesten Handbüchern der Geisteskrankheiten. ***Kraepelin*** ist der einzige, welcher ‚Verwirrtheit' und ‚Wahnsinn' unterscheidet, sowohl von einander als auch von der chronischen Paranoia, welcher er den Namen ‚Verrücktheit' beilegt [1]).

[1]) *Wille* bemerkt beiläufig, dass man neben der Gruppe „Verwirrtheit" auch das Vorhandensein einer Paranoia acuta anerkennen muss.

Trotz der enormen Mannichfaltigkeit der Krankheitsbilder bei der acuten Amenz, — sie ist, wie *Meynert* sagt, ebenso gross als die Anzahl der Kranken — lassen sich doch einige, allen Fällen gemeinsame charakteristische Züge der Krankheit aufstellen (trotz *Meynert*, welcher keine Cardinalssymptome für die Amentia anerkennt). Solcher Cardinalsymptome giebt es meiner Ansicht nach drei:

1) Eine Störung im Gebiete des Bewusstseins — die Verwirrtheit desselben, die Unfähigkeit, sich in den Eindrücken der Umgebung wie in den eigenen Vorstellungskreisen zu orientiren. Dieses Symptom, auf das schon *Westphal* hinwies, wird von allen Autoren erwähnt, welche über Amentia geschrieben haben, und die meisten halten es für das charakteristischste Symptom, und leiten davon sogar den Namen ab. Auf der Höhe der Entwickelung, geben die Kranken sich absolut keine Rechenschaft weder über ihre eigene Person, noch über den Ort, wo sie sich befinden, noch über ihre Umgebung, noch über das, was mit ihnen geschieht. Im Himmel zu sein oder am Grunde eines unterseeischen Reiches, in Gestalt des Mammuth Zeuge der Sintflut zu sein, oder als Alexander von Macedonien die Welt zu erobern, sich in einen Dämon oder in ein wildes Thier zu verwandeln, zur Sonne emporzufliegen und zum Mittelpunkt des Weltalls zu werden oder dem jüngsten Gericht beizuwohnen, als Weib Christus zu werden, oder als Mann Jeanne d'Arc, alles das — wie im Traum — völlig im Bereich des Möglichen und Natürlichen. Das Bewusstsein corrigirt sie nicht und kann sie nicht corrigiren, all diese ungeheuerlichen Ungereimtheiten; wie im Traume, so geht auch hier die Vorstellung von Zeit, Raum und Persönlichkeit völlig verloren. Die weit verbreitete Meinung, als ob die Verwirrtheit durch das Auftreten von Hallucinationen bedingt würde, hält einer Kritik nicht Stand. Wie oft sehen wir chronische Paranoïker mit zahllosen Sinnestäuschungen ohne eine Spur von Bewusstseinstrübung. Uebrigens sind die Hallucinationen auch keineswegs obligatorisch bei Amentia; *Meynert* erklärt geradezu, dass sie in der Mehrzahl der Fälle fehlen können; *Kraepelin* sondert sogar eine eigene Gruppe unter dem Namen der „asthenischen Verwirrtheit" aus, wo die Hallucinationen gar keine Rolle spielen. Ferner kommt es vor, dass die Hallucinationen sehr massenhaft auftreten und dann

zed by Google

völlig verschwinden, wenigstens in keiner Weise ihre Anwesenheit äussern, während dennoch die charakteristische Verwirrtheit andauert. Im Hinblick auf diese Thatsache erscheint es weit richtiger, die Bewusstseinsstörung als primäres Symptom aufzufassen, welches günstige Bedingungen für das Auftreten von Hallucinationen schafft. Wir schlafen nicht deshalb, weil wir träumen, sondern umgekehrt — wir träumen, weil wir schlafen.

2) Ein zweites wichtiges Symptom ist der Zustand des Affects, welcher entweder während des ganzen Krankheitsverlaufes andauert, oder wenigstens in gewissen Phasen der Krankheit vorhanden ist. Eine charakteristische Besonderheit hierbei besteht darin, dass gewöhnlich nicht ein bestimmter Affect vorliegt, sondern die allerverschiedensten Affectivzustände mit kaleidoskopischer Schnelligkeit einander ablösen. Die Veränderlichkeit der Stimmung bei der Amentia wird gleichfalls von allen Forschern constatirt, doch die meisten messen ihr eine untergeordnete Bedeutung bei, mit der gewöhnlichen Erklärung, dass „die im Krankheitsbilde oft sehr lebhaft hervortretenden Stimmungen und Affecte durchaus reactive Erscheinungen auf die primären Erscheinungen der Sinnestäuschung und des Delirs sind“ (*Krafft-Ebing*). Dieser Auslegung kann man jedoch nicht beipflichten, sondern muss vielmehr den Affectivzustand als ein primäres Symptom ansehen, welches vielleicht, wie *Meynert* annimmt, von vasomotorischen Störungen abhängt. „Die krankhaften Momente, sagt dieser Autor, sind wieder nicht die inconstanten Hallucinationen, so sehr es scheint, als ob die sich oft in raschen Gegensätzen ablösenden Verstimmungen, die krankhafte Heiterkeit, die überwältigende Angst vor dem gegebenen Inhalt der Hallucination, ob sie ein angenehmes oder erschreckendes Bild darstelle, abhängig sei. Viele Hallucinationen lassen den Kranken gleichgültig. Wir kommen hier auf eine tiefer liegende Abhängigkeit“ (pag. 62).

3) Das dritte Symptom endlich besteht in einer Störung der Associationsthätigkeit, die so erheblich ist, dass nach Ansicht *Meynert's*, die Amentia auf der Höhe der Entwickelung eine weit erheblichere Störung der geistigen Functionen aufweist, als die Dementia (daher auch der Name ‚Amentia‘).

Diese drei Symptome, welche verschiedene Gebiete der psychischen Thätigkeit betreffen — das Bewusstsein, das Gefühl und

den Intellect, sind meiner Ansicht nach so charakteristisch und allen Fällen gemeinsam, dass sie eine scharfe Unterscheidung der Amentia von allen andern Formen psychischer Störung gestatten. Damit ist aber die Möglichkeit des Auftretens anderer Symptome im Krankheitsverlauf keineswegs ausgeschlossen. Ja, wir wüssten kaum ein Symptom zu nennen, welches nicht bei acuter Amentia auftreten könnte. Das ist es auch, was *Meynert* zu dem Ausspruch veranlasst, dass es für diese Krankheit keine Cardinalsymptome giebt, denn „jedes Reizsymptom, das nur functionell möglich ist, kann gehäuft und wechselnd auftreten, und ebenso Symptomenmangel, so kommt es, dass die Symptome keinen kennzeichnenden Werth haben". Alle übrigen Symptome sind in ihrem Charakter unbeständig und nicht selten selbst ganz entgegengesetzt, nicht nur in den einzelnen Fällen, sondern auch in den verschiedenen Perioden ein- und desselben Falles und können daher nicht als charakteristisch und typisch gelten. So sind in einzelnen Fällen die Hallucinationen ausserordentlich ausgeprägt, in anderen Fällen dagegen fehlen sie ganz [1]). In manchen Fällen werden verschiedene Wahnideen geäussert — Grössen-, Verfolgungsideen, selbstanklagende oder hypochondrische Ideen —, stets abrupte, ohne wechselseitigen Zusammenhang; in andern Fällen verläuft die ganze Krankheit ohne Wahnideen, worauf schon *B. Greidenberg* hingewiesen hat. Der Ideengang kann bei einem und demselben Kranken bald beschleunigt, bald verlangsamt sein. Die Willensäusserungen zeichnen sich durch ausserordentliche Unbeständigkeit, Zusammenhangslosigkeit und Mannichfaltigkeit aus. Der motorische Drang, welcher bis aufs Aeusserste gesteigert sein kann, wechselt ab mit dem Zustande dumpfen Brütens, Versuche zur Selbstverstümmelung mit Gesang und Tanz. Es kommen verschiedenartige Bewegungsstörungen vor, spastische Erscheinungen, Muskelspannungen, Katalepsie, doch können diese Erscheinungen eben so gut auch fehlen. Nicht selten kommen auch zur Beobachtung Temperaturerhöhung, Pupillendifferenz, Sinken des Körpergewichts, Schlaflosig-

[1]) Daher umfassen die Bezeichnungen ‚hallucinatorische Verwirrtheit' ‚hallucinatorische Verrücktheit' sowie auch Psychoneurosis hallucinatoria u. a., nicht alle Fälle, sondern erfordern noch die Aufstellung einer besonderen, ohne Hallucinationen verlaufenden Form.

Digitized by Google

keit und eine Menge anderer trophischer und vasomotorischer Störungen; doch sind sie keineswegs constant.

Da wir von der acuten Verwirrtheit sprechen, können wir unmöglich den charakteristischen Krankheitsverlauf unerwähnt lassen, welcher diese Krankheitsform von anderen Psychoneurosen scharf unterscheidet. Abgesehen von dem beständigen Schwanken im Verlaufe der Krankheit, wobei nicht selten von einer Stunde zur anderen das Bild wechselt, abgesehen auch von der Neigung zu remittirendem Verlauf, können wir in der Mehrzahl der Fälle einige von einander (wenigstens äusserlich genommen) wohl zu unterscheidende Perioden oder Entwickelungsphasen constatiren. Relativ selten ist im Laufe der Krankheit nur eine einzige Phase vorhanden, meist ist auch in solchen Fällen die Aufeinanderfolge verschiedener Stadien wenigstens angedeutet. Diese Eigenthümlichkeit des Krankheitsverlaufes wurde bereits von *Meynert*[1]) für die hallucinatorische Verwirrtheit constatirt. *Konrad*[2]), welcher der Anschauungsweise *Meynert*'s (wie sie in dessen erster Arbeit niedergelegt) folgt, und sogar das hallucinatorische Stadium für das am meisten charakteristische hält, unterscheidet im Verlaufe der acuten (hallucinatorischen) Verwirrtheit — vorausgesetzt, dass es nicht bei dem hallucinatorischen Stadium allein bleibe — folgende Gruppen: 1) das hallucinatorische Stadium kann in acute Manie oder 2) in Stupor mit spastischen Erscheinungen (Tetanie, Katalepsie) oder ohne solche übergehen, und 3) können hallucinatorisches Stadium, Stupor und Manie mit einander combinirt sein.

Die verschiedenen Perioden folgen aufeinander keineswegs nach irgend einem Gesetz; es können in dieser Hinsicht zahlreiche Variationen vorkommen: Zunächst ist zu bemerken, dass das Prodromalstadium nicht immer ausgeprägt ist; bisweilen fehlt es ganz, so dass die Krankheit plötzlich in ganz acuter Weise zur Entwickelung kommt. Die Aufeinanderfolge der übrigen Perioden bietet auch keinerlei Gesetzmässigkeit dar: bald tritt zuerst das Depressionsstadium auf, welches von Exaltation gefolgt ist, bald —

---

[1]) *Meynert*: Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns. Jahrbücher für Psych. Bd. II.

[2]) *Konrad*: Zur Lehre von der acuten hallucin. Verworrenheit. Arch. f. Psych. Bd. XVI.

und allem Anscheine nach ist das der häufigere Fall — tritt der Erregungszustand vorher auf und geht nach einiger Zeit in die attonische Phase über, oder aber Depression und Exaltation wechseln mit einander in buntester Weise ab. Bisweilen kommt es gar nicht zu attonischer Phase, sondern die Exaltation geht unmittelbar in Genesung über, oder es tritt vorher noch ein Stadium der Ausgelassenheit auf, desjenigen Zustandes, welcher als Moria bezeichnet worden ist. Somit liessen sich in Anbetracht des gesammten Krankheitsverlaufes und der Vielgestaltigkeit der Perioden mehrere Typen der acuten Amentia aufstellen. Einer dieser Typen, welcher nach der Formel der Vesania typica der älteren Autoren verläuft, kann als mehr oder weniger feststehend gelten. ***Mairet***[1]) nennt ihn ganz ungerechtfertigter Weise ‚Stupeur lypémaniaque', und zählt ihn — ebenfalls fälschlicherweise — zu der Gruppe der juvenilen Psychosen nur auf Grund dessen, dass er häufig in der Pubertätsperiode vorkommt. Der Beschreibung ***Mairet***'s zu Folge treten zunächst Prodromalerscheinungen auf (die übrigens auch fehlen können), und es kommt dann sehr schnell zur Entwickelung von Hallucinationen, Angstideen und bedeutender maniakalischer Aufregung, häufig mit febrilen Temperaturen (zwischen 38 und 39,5) von atypischem Verlauf und ohne jede Affection innerer Organe. Für charakteristisch hält ***Mairet*** hierbei die Hallucinationen des Gesichts, obwohl daneben gewöhnlich auch Hallucinationen — meist ängstlicher Natur — auf den übrigen Sinnesgebieten vorkommen, Gehörs-, Geschmacks-, Geruchs-, seltener Gefühlshallucinationen, in Gemeinschaft von mannichfachen Wahnideen (Vergiftungs-, Verfolgungs-, Grössenideen, religiösen u. a. Inhalts). Bisweilen wechseln die Exaltationszustände mit Hallucinationen und Aengstlichkeit gleich zu Anfang mit Depressionsperioden ab. Ueberhaupt pflegt die maniakalische Aufregung keine beständige zu sein, sie wird häufig durch zuweilen ganz kurz dauernde Perioden unterbrochen, wo der Kranke einen ermatteten, verwirrten (égaré) Eindruck macht und abgerissene Worte vor sich hin murmelt. Nach längerer oder kürzerer Frist, gewöhnlich nach einigen Wochen, wird die maniakalische Exaltation durch eine neue

---

[1]) *Mairet*: Folie de la puberté. Ann. médico-psychologiques, 1889. No. 1. 2.

zed by Google

Phase — des Stupors — abgelöst, welche — nach *Mairet* — die charakteristische Eigenthümlichkeit besitzt, dass sie von Zeit zu Zeit durch leichte Anfälle von Exaltation unterbrochen wird; dieselbe findet ihren Ausdruck in anfallsweisem Gelächter, Springen, Schreien, Tanzen, monotoner Wiederholung einzelner Worte u. dgl., was einen sonderbaren Gegensatz zu dem Zustande tiefen Stupors abgiebt.

Bisweilen dauern diese Anfälle von Aufregung länger und sind von eigenthümlichen Bewegungen begleitet, in Gestalt von Drehung um die eigene Axe, Schwimmbewegungen, sonderbaren Posen. Die Anfälle von Exaltation können sich mehrmals im Laufe eines Tages wiederholen.

Die stuporöse Periode dauert gewöhnlich einige Wochen bis zu mehreren Monaten, und endigt gewöhnlich in Genesung, welche entweder allmählich eintritt, oder durch einen oft mehrere Tage dauernden, nicht besonders heftigen maniakalischen Anfall unterbrochen ist.

In dieser allgemeinen Skizzirung des stupeur lypémaniaque, sowie auch in gleicher Weise in den von *Mairet* angeführten Beobachtungen, kann man ohne Mühe eine ziemlich typische Form der acuten Amentia erkennen, welche aus einer Periode der Aufregung (meist von Hallucinationen begleitet) und einer darauf folgenden Periode des Stupor besteht, welcher in höherem oder geringerem Grade ausgeprägt sein kann. Dieser Krankheitsverlauf ist durchaus gewöhnlich bei acuter Amentia, und nicht im Mindesten für das Jünglingsalter charakteristisch. Nach demselben Typus verlaufen nicht selten auch puerperale Psychosen; der gleiche Krankheitsverlauf wird bisweilen im Mannesalter, ja selbst im Greisenalter beobachtet.

Bisweilen kommt ausser den erwähnten Perioden auch noch die Periode des sehr ausgeprägten intellectuellen Verfalls, die Schwachsinnsperiode zur Beobachtung. Das ist nicht immer von übler prognostischer Bedeutung; bisweilen ist der Schwachsinn nur vorübergehend und lässt eine Genesung nicht unmöglich erscheinen, wenn wir auch heutzutage noch nicht so weit sind, die Frage zu entscheiden, ob es sich in einem gegebenen Falle blos um eine temporäre Phase oder um secundären Schwachsinn (richtiger — Amentia chronica) handelt.

Von bedeutendem Interesse ist ferner die Aetiologie der acuten Verwirrtheit. Ich stimme in dieser Hinsicht völlig der Majorität der Autoren bei, welche die in Rede stehende Krankheit nicht zu den degenerativen Psychosen, sondern zu den Psychoneurosen rechnet. Dadurch ist die Möglichkeit der Entwickelung acuter Amentia bei hereditär Belasteten keineswegs ausgeschlossen [1]), doch spielt die Heredität hierbei eine ebenso unbedeutende Rolle, wie bei den Psychoneurosen überhaupt. Wie diese Letzteren, erscheint auch die Amentia als eine Art der Reaction des gesunden Gehirns auf diese oder jene schädlichen Einwirkungen, wozu alle erschöpfenden Ursachen im weitesten Sinne des Wortes gehören. Betrachten wir diese Ursachen näher, so kommen wir unwillkürlich zu der Vermuthung, dass, in vielen Fällen wenigstens, die Krankheit eine Folge von Intoxication des Organismus mit gewissen Substanzen darstellt, welche von aussen hineingelangen oder sich im Körper selbst entwickeln. Diese Annahme fusst auf der Thatsache, dass die Amentia häufig im Zusammenhang mit acuten Infectionskrankheiten auftritt (meist nach Beendigung der Krankheit, bisweilen aber auch in der Prodromalperiode oder auf der Höhe der Erkrankung), ferner auch im Puerperium; mehrfach ist schon der Gedanke geäussert worden, dass die puerperalen Psychosen dem Auftreten von Ptomaïnen ihre Entstehung verdanken (*Fürstner, Kramer*). Diese Annahme gewinnt bei der Amentia an Berechtigung durch das Vorhandensein verschiedener somatischer Störungen (wozu auch Temperaturerhöhung zu zählen ist), sowie ferner auch durch die Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit denjenigen psychischen Störungen, welche zweifellos in Vergiftungen ihre Ursache haben (Delirium tremens, Atropinpsychosen). Noch mehr gewinnt diese Vermuthung an Zuverlässigkeit, wenn man, wie es *Meynert* thut, auch die Lyssa humana zur Gruppe der Amentia rechnet. Im Hinblick darauf ist es auch keineswegs unwahrscheinlich, dass wir in nicht allzuferner Zeit eine Reihe von specifischen Mitteln gegen die Amentia besitzen werden, wie wir deren eines schon jetzt besitzen, dank dem grossen Gelehrten und Reformator der

[1]) Zum Beweise kann das Délire d'emblée der Franzosen dienen; als Collectivbezeichnung fasst dasselbe auch solche Formen in sich, welche zur acuten Verwirrtheit gehören.

Digitized by Google

heutigen Medicin — *Pasteur*. Jedenfalls haben wir in der Gruppe Amentia denjenigen Abschnitt der Psychiatrie zu sehen, welcher am innigsten mit der internen Medicin zusammenhängt.

Die Differentialdiagnose der Amentia acuta gründet sich auf ihre Cardinalsymptome — Trübung des Bewusstseins und kaleidoskopischen Wechsel der Affectzustände. Diese beiden Symptome ermöglichen die Unterscheidung von acuter Dementia, obwohl beide Psychosen einen Ausfall bedeuten.

Bei der Dementia ist die wesentlichste Erscheinung der Verfall der Intelligenz, bei der Amentia die Verwirrtheit, der Verlust des Orientirungsvermögens. Bei der Dementia — der Mangel jeglicher Affecte, bei der Amentia der kaleidoskopische Wechsel derselben; bei der Ersteren — die Einförmigkeit des Verlaufes, bei der Letzteren — unaufhörliche Schwankungen, die am deutlichsten beim Uebergang der einzelnen Phasen ineinander zum Ausdruck kommen, gewöhnlich aber auch innerhalb ein und derselben Phase vorhanden sind. Anlass zur Verwechslung könnte die Phase des Schwachsinns im Verlaufe der acuten Verwirrtheit geben; allein die Anamnese, und zwar namentlich der Umstand, dass diese Phase bereits die dritte oder vierte Periode im Krankheitsverlauf darstellt, kann vor Irrthümern sehr wohl schützen.

Was die Manie betrifft, mit welcher die Amentia in der exaltativen Periode verwechselt werden kann, so gestalten die Verwirrtheit und der Wechsel der Affecte auch hier eine differentielle Diagnose. Bewusstseinsverwirrung kommt zwar auch bei der Manie vor, allein gewöhnlich in ihrem spätesten Verlauf, welchem eine *einfache* maniakalische Aufregungsperiode vorhergegangen zu sein pflegt; oder aber die Verwirrtheit tritt episodisch auf, auf kurze Zeit, und ist von geringerer Intensität; bisweilen besteht die Verwirrtheit während der ganzen Dauer des maniakalischen Zustandes, doch nur bei den periodischen Formen, bei welchen diese maniakalischen Perioden auch ihren übrigen Symptomen nach der Amentia eigentlich näher stehen, als der Mania selbst. Ferner ist der Affectivzustand bei der Manie gewöhnlich weit einförmiger, es finden keine so schroffen und vielgestaltigen Uebergänge statt; wenn auch der Affect bei der Manie sich ändern kann, so geschieht das doch hauptsächlich nur im Sinne der zornigen Erregung, und nur ganz vorübergehend, in äusserst seltenen Fällen kommen auch Affecte

Digitized by Google

der Furcht oder der Betrübniss vor, welche bei der Amentia gerade überwiegen. Endlich ist auch der ganze Krankheitsverlauf dieser beiden Formen durchaus verschieden.

Die Differentialdiagnose zwischen Amentia und Delirium acutum erscheint überflüssig in Anbetracht der Neigung vieler Autoren [*Wille*[1]), *Salgó*[2]), *Meynert*[3])], die unter dem Namen des acuten Deliriums beschriebenen Formen zu der acuten Verwirrtheit zu zählen. Das Gleiche gilt auch von vielen Formen der Mania gravis; fast mit Sicherheit kann man es für diejenigen Formen behaupten, welche von der attonischen Phase gefolgt sind (postmanischer Stupor *Schüle*'s). Eine Verwechselung von Melancholie und Amentia ist fast unmöglich; weit eher kann zur Verwechselung Anlass geben die eigentliche Verrücktheit (Paranoia acuta) und besonders die depressive Form derselben.

Sehr schwierig ist die Unterscheidung der acuten Verwirrtheit von einigen Formen progressiver Paralyse, besonders der sog. foudroyanten Form, welche bei heftiger motorischer Erregung und totaler Verwirrtheit in 1 bis 2 Wochen letal verläuft. Bisweilen kommt es erst ganz am Ende der Krankheit bei bedeutend vorgeschrittenem Kräfteverfall zu den für die progressive Paralyse charakteristischen Symptomen, welche denn auch die Diagnose sicherstellen; in manchen Fällen bleibt die Diagnose unbestimmt (*Salgó*). Als vorübergehendes Symptom kommt die acute Verwirrtheit bei einigen epileptischen Psychosen vor; der schnelle Verlauf, sowie die epileptischen Anfälle in der Anamnese ermöglichen die Vermeidung von diagnostischen Irrthümern.

Gleichfalls als vorübergehendes Symptom kommt die allgemeine Verwirrtheit (und zwar meist die hallucinatorische, d. h. mit sehr zahlreichen Hallucinationen einhergehende) bisweilen bei chronischer primärer Verrücktheit vor — entweder ganz im Beginn ihrer Entwickelung, oder episodisch in ihrem späteren Verlauf. Diese Verwirrtheit dauert bisweilen Wochen und Monate, und unterscheidet sich in ihrem Symptomencomplex in nichts von dem hallucinatorischen Stadium der acuten Amentia; hier kann nur der

[1]) *Wille*: Die Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych. Bd. XIX. 1888.

[2]) *Salgó*: Compendium der Psychiatrie. Wien 1889.

[3]) *Meynert* l. c.

Digitized by Google

weitere Verlauf oder die Kenntniss des vorhergehenden Zustandes über die wahre Bedeutung dieser Verwirrtheit aufklären.

Wie aus den oben angeführten Besonderheiten der acuten Amentia hervorgeht, unterscheidet sie sich sehr wesentlich von der chronischen Verrücktheit, deren Characteristicum bekanntlich die ganz allmähliche — oft viele Jahre dauernde — Entwickelung eines systematisirten Wahnes darstellt, bei völlig klarem Bewusstsein und fehlender affectiver Reaction; es bedarf wohl keines besonderen Hinweises darauf, wie nothwendig eine Trennung, eine völlige Sonderung dieser beiden grossen Kategorien psychischer Erkrankungen ist.

Weit enger ist die Beziehung zwischen der chronischen Verrücktheit und einer andern Gruppe acuter psychischer Erkrankung, der acuten Verrücktheit — Paranoia acuta. Hier wie dort bilden Wahnideen das hervorstechendste Symptom und entwickeln sich bei völlig klarem Bewusstsein. Allein es bestehen doch folgende Unterschiede: 1) die Wahnideen kommen bei der acuten Paranoia nicht ganz allmählich, im Laufe vieler Jahre zur Ausbildung, wie bei der chronischen, sondern in subacuter, oft sogar in acuter Weise; 2) diese Ideen werden von dem Kranken zwar in bestimmter, klarer Weise wiedergegeben, doch sind sie immer isolirt, ohne inneren Zusammenhang, oft einander widersprechend, und niemals bilden sie ein wohlgefügtes System, wie es stets bei der chronischen Verrücktheit der Fall ist. Bisweilen ist die Neigung zur Systematisirung bemerkbar, doch lässt das System dann immer sehr viel an Klarheit und Folgerichtigkeit zu wünschen übrig. Abgesehen von der schnellen Entwickelung, der relativ kurzen Dauer (5—9 Monate) und dem häufigen Ausgang in Genesung besteht noch ein wesentlicher Unterschied der acuten Verrücktheit von der chronischen in dem deutlich ausgeprägten Affectivzustand, bald bei vorherrschender Depression, bald, im Gegentheil, mit erhöhtem Selbstgefühl. Dieser Zug im Verein mit noch einigen anderen Symptomen nähert die acute Verrücktheit der Melancholie und Manie an; dem entsprechend ist es für practische Zwecke sehr empfehlenswerth, die acute Paranoia wenigstens in 2 Formen zu theilen: eine depressive und eine expansive.

Weit entfernt, hier ein genaues Krankheitsbild dieser beiden Unterarten der acuten Verrücktheit geben zu wollen — *Kraepelin*

Digitized by Google

hat es in seinem Compendium in sehr anschaulicher Weise gethan — will ich hier nur die charakteristischen Züge hervorheben. Bei der depressiven Form tritt neben den Affecten des Kummers oder der Furcht in erster Reihe eine falsche Beurtheilung der Umgebung hervor, Verfolgungsideen, dämonomanische, oft hypochondrische Vorstellungen (von einer Verwandlung des Innern, einer syphilitischen Ansteckung). Es ist schwer zu entscheiden, was früher auftritt — der Zustand des Affects oder die Wahnideen: zuweilen treten sie gleichzeitig in die Erscheinung, manchmal aber scheinen die Wahnideen früher aufzutreten. Hallucinationen sind nicht obligatorisch, obwohl sie (ebenso wie auch Pseudohallucinationen) häufiger vorhanden sind als fehlen. Daneben besteht in der Mehrzahl der Fälle eine allgemeine Erschlaffung, ein Zustand des Druckes in der intellectuellen wie in der motorischen Sphäre, wobei es bisweilen zu tiefer attonischem Zustand kommt, mit Tetanie oder Katalepsie. Diese Schlaffheit, diese Ermattung, so zu sagen des Intellects verdient Beachtung in practischer Beziehung: oft, wenn der Zustand des Affects vorübergeht, macht sie sich sehr deutlich geltend und giebt zu groben diagnostischen Irrthümern Anlass, im Sinne einer Verwechslung mit dem Uebergang ins secundäre Stadium.

Die expansive Form ist durch ganz entgegengesetzte Symptome charakterisirt: erhöhtes Selbstgefühl, Grössenideen, die ganz zu Anfang auftreten und oft das Krankheitsbild eröffnen, beschleunigten Vorstellungsverlauf, öfters Neigung zum Raisonniren und relativ nur schwach ausgeprägte motorische Erregung. Ich bemerke hierbei, dass diese beiden Formen nur die extremen Typen darstellen, welche zwar in reiner Form vorkommen, doch häufig sich miteinander combiniren.

Beim Vergleich der Symptome acuter Paranoia und acuter Amentia finden wir jedenfalls einen sehr erheblichen Unterschied. Statt der tiefen Störung des Bewusstseins bei Amentia finden wir dies bei der Paranoia verhältnissmässig klar: die Kranken wissen, wer sie sind, wer sie umgiebt, obwohl sie häufig Alles falsch beurtheilen und auslegen; anstatt der tiefen Störung der Associationen finden wir bei der Paranoia eine einseitige Ablenkung in der Richtung des Wahnes. Ein gemeinsames Symptom ist der Zustand des Affects; allein während derselbe bei der Amentia beständig wech-

Digitized by Google

selt und sieh verändert, zeigt er bei der Paranoia eine auffällige Einförmigkeit. In gleicher Weise zeichnet sich der ganze Verlauf der acuten Paranoia durch seine Einförmigkeit aus und zeigt nicht diesen unstäten Wechsel der Stadien, wie wir ihn öfters bei der Amentia antreffen. Der Umstand, dass im Beginn der acuten Verrücktheit zuweilen eine Periode der Aufregung mit Verwirrtheit des Bewusstseins auftritt, spricht keineswegs gegen eine Trennung der beiden Formen, denn Verwirrtheit kommt als vorübergehendes Symptom nicht selten auch bei andern Geisteskrankheiten vor (progressive Paralyse, chronische Verrücktheit). Diese Trennung erscheint auch aus practischen Gründen durchaus wichtig: in der Mehrzahl der Fälle wird in praxi die acute Paranoia — wegen der völligen Verschiedenheit der Krankheitsbilder — von der acuten Amentia abgesondert, und in Ermanglung einer geeigneten Rubrik anderen Formen zugesellt, meist der chronischen Verrücktheit. Es bedarf keines besondern Beweises, wie wichtig die Scheidung heilbarer von unheilbaren Zuständen ist.

Um nun schliesslich den Platz zu bestimmen, welcher der Paranoia acuta in der Reihe der Geistesstörungen gehört, muss ich auf Grund der von mir beobachteten Fälle der hereditären Prädisposition eine wichtige Rolle in der Aetiologie dieser Krankheit zusprechen. Die Leichtigkeit, mit welcher bei relativ geringer Störung des Gleichgewichts im Organismus eine falsche Beurtheilung der Umgebung eintritt, die gesteigerte Disposition zu Wahnvorstellungen, sowie die häufig vorkommenden Recidive der Krankheit — alles das spricht dafür, dass die Heredität eine nicht unbedeutende Rolle spielt. Ich möchte jedoch die acute Paranoia nicht direct unter die Entartungspsychosen einreihen, eher schon würde ich ihr einen Platz auf der Grenze zwischen Psychoneurosen und degenerativen Psychosen anweisen.

Digitized by Google

Klinische Mittheilungen[1])

von

Dr. Nicolaus Ostermayer-Budapest.

I. Ein durch gynäkologische Behandlung geheilter Fall von Psychose.

Die Frage nach der Zulässigkeit und nach dem günstigen Erfolge der gynäkologischen Behandlung bei geisteskranken Frauen erhielt bis an den heutigen Tag keine allgemeingiltige und übereinstimmende Beantwortung, trotzdem dieses sehr wichtige Thema sowohl in gynäkologischen als irrenärztlichen Fachkreisen schon wiederholt den Gegenstand lebhafter Besprechungen abgab und die Literatur eine nicht geringe Zahl theils selbständiger Arbeiten theils casuistischer Mittheilungen hierüber lieferte. Die Schwierigkeit liegt in der Indicationsstellung für eine erfolgreiche frauenärztliche Therapie, welcher Umstand wieder auf die mangelhaften Kenntnisse über den ätiologischen Einfluss der Sexualleiden auf Entstehung von Neurosen und Psychosen zurückzuführen ist. Dass Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane auf das Nervensystem derartig schädlich rückwirken können, dass psychische und anderweitige nervöse Störungen daraus resultiren, ist schon lange von Gynäkologen und Psychiatern anerkannt und bildet weiter keinen strittigen Punkt. Die Unmöglichkeit der Präcisirung jener Fälle, wo ein causaler Nexus zwischen Genitalleiden und Psychose besteht, wo man also auf einen positiven Effect gynäkologischen Ein-

[1]) Aus der Beobachtungsabtheilung für Geisteskranke des Professor *Laufenauer* in Budapest.

Digitized by Google

greifens bauen könnte — daher dasselbe indicirt erscheinen würde, ist es, welche ein fatales Hinderniss den Bestrebungen, diese Frage der Lösung zuzuführen, entgegensetzt. Die Unklarheit über das Wesen und den Mechanismus der sogenannten ätiologischen Momente bei Entstehung von Geistesstörungen überhaupt erschwert wenigstens vor der Hand jedes fruchtbare Vordringen in dieser Richtung. Umsomehr als eine ausgebrochene Psychose zu ihrer Entwickelung nur selten eines einzigen ursächlichen Factors bedarf, sondern „wir es hier mit sehr complicirten Verhältnissen zu thun haben". Von diesem Standpunkte aus sind daher auch die Erklärungsversuche jener Autoren zu betrachten, welche über den ätiologischen Zusammenhang zwischen weiblicher Sexualerkrankung und Psychose handeln. Ueber Vermuthungen gehen sie nicht hinaus und sind als Hypothesen unbrauchbar.

Diese Dunkelheit in der Kenntniss der causalen Verhältnisse zwischen Geistesstörung und Genitalleiden hatte aber so wenig Berücksichtigung gefunden, dass besonders in frauenärztlichen Kreisen — vornehmlich unter den Practikern — jene irrige Anschauung emporkam, bei allen geisteskranken Frauen, die ein Sexualleiden hatten, selbes als Ursache der Geistesstörung anzunehmen; was wieder zur Folge hatte, dass man aus therapeutischen Gründen alle weiblichen geistesgestörten Individuen, so in der Privatpraxis als in den Anstalten, gynäkologisch zu untersuchen und die mit einer Genitalkrankheit behafteten unterschiedslos ebenso zu behandeln vorschlug, in der Hoffnung, die vermeintliche Ursache der Psychose zu beseitigen und auf diese Weise letztere der Heilung zuzuführen.

Die hierbei gewonnenen Erfahrungen haben jedoch, wie es im Vorhinein zu sehen war, den Erwartungen nur in einem sehr geringen Bruchtheil der behandelten Fälle entsprochen, und man konnte im Allgemeinen mehr von einem Schaden reden, der den Patienten — selbst bei Heilung der Frauenkrankheit — in psychischer Beziehung zugefügt wurde, als von irgend welchem Nutzen. Zahlreiche Fälle wurden mitgetheilt, wo schon die einfache vaginale Untersuchung, längere oder kürzere Zeit hindurch angewandte instrumentelle Behandlung (Sondirung, Touchiren, Pessarien, Uterinstifte etc.) und operatives Verfahren (Castration, Exstirpation von Geschwülsten u. s. f.) bei sehr nervösen — speciell hysterischen —

Digitized by Google

Individuen eine so hochgradige psychische Aufregung verursachten, dass Geistesstörungen ausbrachen, man also durch den therapeutischen Eingriff direct das Entstehen einer Geisteskrankheit veranlasste; wo aber eine psychische Störung schon bestand, hat man durch obenerwähnte Proceduren entweder ein vollkommen negatives Resultat erreicht, oder es stellte sich eine ganz entschiedene Verschlimmerung des psychisch krankhaften Zustandes ein.

Es genügt, wenn ich auf die diesbezüglichen Mittheilungen von *Gnauck*[1]), *Peretti*[2]), *Flechsig*[3]), *Bolling*[4]), *Percy Smith*[5]), *Bondurant*[6]) und *Werth*[7]) hinweise. Nur in wenigen Fällen konnte man günstige oder halbwegs befriedigende Resultate verzeichnen.

Wenn man auch in manchen Fällen durch Reposition eines Uterusprolapses, Entfernung von Polypen und Fibromen, Castration oder durch Heilung von chronischen Uteruskatarrhen mit Erosionen einen Rückgang des psychischen Leidens oder eine Besserung desselben auftreten sah, so war man doch nicht berechtigt alle Fälle, wo eine Psychose mit einem Sexualleiden combinirt vorkam, einer gynäkologischen Behandlung zu unterwerfen; umsoweniger als wir nur in den seltensten Fällen im Stande sind, den directen Beweis für einen Causalnexus zwischen Geisteskrankheit und Sexualerkrankung zu erbringen, und weiterhin man aus keinem einzigen Symptom der Geistesstörung auf irgend ein Abhängigkeitsverhältniss beider Leiden von einander schliessen kann. — Mit Recht hat man die unrichtige Annahme, wonach Wahnvorstellungen sexuellen Inhalts und erotisches Gebahren als Zeichen einer vorhandenen Genitalaffection bei Frauen anzusehen wären, zurückgewiesen. Wie oft finden sich bei geisteskranken Weibern Erkrankungen der Geschlechtsorgane (Tumoren, Lageveränderungen des Uterus und entzündliche Processe) ohne die oben erwähnten erotisch gefärbten Wahnideen, und wie häufig findet man letztere

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1888 No. 36.
[2]) Berliner klin. Wochenschrift 1883 No. 10 u. 33.
[3]) Neurolog. Centralblatt 1884 No. 19.
[4]) Ibidem 1885 pag. 302.
[5]) Ibidem 1886 pag. 430.
[6]) *Virchow-Hirsch*'scher Jahresbericht 1886 pag. 146.
[7]) Berliner klin. Wochenschrift 1888 No. 23.

Digitized by Google

bei weiblichen Alienirten mit ganz gesunden Genitalien. *Ripping*[1]) hat unter 103 zur Section gekommenen weiblichen Geisteskranken bei 34 also 33 pCt. pathologische Veränderungen an den Sexualorganen gefunden und behauptet, dass er in keinem Falle einen directen causalen Zusammenhang zwischen der Geistesstörung und Genitalerkrankung festzustellen im Stande war.

Die zahlreichen ungünstigen Erfolge, welche die unterschiedslose und mit allzu grossem Eifer betriebene gynäkologische Behandlung geisteskranker Frauen zu Tage förderte, haben gelehrt, wie vorsichtig man bei der Auswahl von Fällen für erwähnte Therapie sein müsse, um nicht eine dem angestrebten Ziele entgegengesetzte Wirkung hervorzurufen. Warnende Stimmen erhoben sich gegen die Verallgemeinerung der gynäkologischen Therapie bei psychisch kranken Weibern, insbesondere von Seiten der Irrenärzte (*Ripping, Gnauck, Peretti, Mercklin* u. s. f.). Auch die Gynäkologen haben dieser Sache ihre Aufmerksamkeit zugewendet, und selbe zum Gegenstand mehrmals gepflogener Besprechungen gemacht. Am zweiten Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie (Halle a. S. 1888) sprach *Werth*[2]) über die Entstehung von Psychosen in Folge von Operationen am weiblichen Genitalapparate und theilte auf Grund statistischer Berichte und eigener Erfahrungen mit, dass relativ häufig nach Operationen am weiblichen Genitale Psychosen auftreten. Gleichlautend äusserten sich *Sänger, Ahlfeld, Frommel* und *Martin,* wobei letzterer Vorsicht bei Heranziehung von geisteskranken Frauen zu Operationen empfahl und auf eine genaue Anamnese den grössten Werth zu legen wünschte. — Die Reaction stellte sich mit einem Worte ein, und, um sicherer zu handeln, strebte man nun einer dem jeweiligen Stand der Dinge entsprechenden möglichst genauen Indicationsstellung zu. Welche Schwierigkeiten hier erwachsen, ist schon Eingangs erwähnt worden; trotzdem erfordern es jedoch unsere therapeutischen Principien, dass, soweit wir im Stande sind nach unserem jetzigen Wissen und Können die Möglichkeit und Wege des Zusammenhanges zwischen Psychose und Genitalaffection nachzuweisen, allgemein giltige Bedingungen festzusetzen seien, unter

---

[1]) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 1883.

[2]) Berliner klin. Wochenschr. 1888, Ref. von Dr. *F. Eberhart.*

Digitized by Google

welchen ein therapeutischer Eingriff stattfinden soll, der die Psychose im günstigen Sinne beeinflussen dürfte. Dies ist auch geschehn, indem man von mehreren Seiten versucht hat, die Indicationen in Punkte zusammenzufassen. Von den älteren Autoren wären ***Ripping*** und ***Hergt,*** von den neueren ***Gnauck*** und ***Mercklin*** zu erwähnen.

Demnach wäre die gynäkologische Behandlung geisteskranker Frauen gerechtfertigt: Erstens: Bei Erkrankungen der Sexualorgane, welche einen den Organismus tief schädigenden Einfluss ausüben, den allgemeinen Ernährungszustand herabsetzen; also bei solchen Genitalaffectionen, welche schon an und für sich ohne Rücksicht auf die geistige Erkrankung unabweisbar eine Behandlung erfordern. Hierher wären zu rechnen: Blutungen, massenhafte Absonderungen, Schmerzen, bedeutende Störungen der Blasen- und Mastdarmfunctionen, wie solche hauptsächlich bei Tumoren, bei Lageveränderungen und bei entzündlichen Affectionen der weiblichen Genitalien vorkommen.

Dass durch die operative oder anderweitige gynäkologische Therapie, welche den normalen Ernährungszustand herstellt, auch der psychische Krankheitsprocess im günstigen Sinne beeinflusst i. e. gebessert, ja selbst geheilt werden kann, ist durch vielfältige Beobachtungen bestätigt. Natürlich kommen daneben auch Fälle vor, wo trotz eines heilsamen Eingriffes, welcher — nebenbei bemerkt — eine Heilung der Frauenkrankheit herbeiführte und auch den allgemeinen Ernährungszustand hob, die Geistesstörung unverändert blieb. In solchen Fällen besteht die Psychose unabhängig von der Frauenkrankheit, besitzt einen selbständigen Charakter, warum dieselbe auch von der erwähnten Behandlung in keiner Weise beeinflusst werden kann.

Ein gynäkologisches Verfahren ist zweitens indicirt in Fällen, wo durch eine genaue und sorgsam erhobene Anamnese ein causaler Zusammenhang zwischen Psychose und Sexualleiden nahe gelegt wird; „wo die übrige Behandlung erfolglos geblieben, wo weiters gefahrdrohende Erscheinungen, wie z. B. Neigung zum Selbstmord, drängen, da ist es Pflicht, die örtliche Untersuchung und Behandlung vorzunehmen, denn das dürfen wir uns bestimmt sagen, dass eine gewisse Zahl solcher Kranken nur unter Mithülfe der örtlichen Behandlung genesen“ (*Hergt*). — Der directe Nach-

Digitized by Google

weis eines Causalnexus wird wohl in den seltensten Fällen zu erbringen sein, doch wird der Umstand, dass im unmittelbaren Anschluss an eine constatirte Erkrankung des Sexualapparates Nervensymptome auftraten, denen dann die Psychose folgte, den Verdacht eines Zusammenhanges besonders dann dringend werden lassen, wenn Verschlimmerungen des nervösen Zustandes mit Exacerbationen des Sexualleidens zusammenfallen (*Hegar*). — Ueber die Bestimmung des Zeitpunktes, wann, und der Methode, wie das Frauenleiden therapeutisch angegangen werden soll, wird der concrete Fall und die denselben beurtheilenden ärztlichen Factoren zu entscheiden haben.

In unserem Fall, dessen Krankengeschichte hier folgt, lag die zweite Indication vor, indem die Anamnese unzweideutig einen Parallelismus zwischen dem Verlauf der Psychose und dem der Genitalerkrankung dargethan hat, wenngleich bei Entstehung der Geisteskrankheit auch andere Momente concurrirten.

Krankengeschichte: Jeanette N., 32 J. alt, jüdischer Religion, verheirathet, wurde am 9. Jan. 1890 auf die Beobachtungsabtheilung des allg. Krankenhauses St. Johann aufgenommen. Die Kranke ist die Gattin eines reichen Kaufmannes und stammt von gesunden Eltern ab. Die Schwester ihres Vaters ist geisteskrank. Ein Bruder der Pat. erschoss sich wegen misslicher materieller Verhältnisse. Die Kranke, die sonst immer gesund war, ist Mutter von vier gesunden Kindern und überstand vor sechs Jahren einen Abdominaltyphus, nach welchem sie sich vollkommen erholte. Zwei Jahre später traten Beschwerden in der Genitalsphäre auf, die eine fachmännische Untersuchung nothwendig machten, bei welcher Gelegenheit angeblich eine Endometritis chronica mit ausgedehnten Erosionen an der Vaginalportion festgestellt wurde. Die Frauenkrankheit, welche keiner localen Behandlung unterzogen wurde, (die Kranke erhielt nur Eisen und gebrauchte Salzbäder) verstimmte nach Angaben der Angehörigen und der hernach genesenen Kranken — die früher lebensfrohe Frau im höchsten Grade. Sie zog sich von der Gesellschaft zurück, wollte selbst ihre nächsten Verwandten zu Besuch nicht empfangen, kümmerte sich um ihre früher in zärtlichster Weise geliebten Kinder gar nicht, vernachlässigte gänzlich das Hauswesen und war sehr vergesslich. Sie sass oft stundenlang sprachlos mit traurigem Gesichtsausdruck da, ganz gleichgiltig ihre Umgebung betrachtend; nährte sich mangelhaft, weinte oft und schlief wenig und unruhig. Der um die Gesundheit seiner Gattin sehr besorgte Mann führte diese auf ärztlichen Rath in ein Frauenbad (Szliács), wo sie nach zweimonatlicher Badecur und localer Behandlung ihre frühere geistige Frische

Digitized by Google

erlangte, nachdem die Krankheitserscheinungen des Sexualapparates geschwunden waren. Die Frau kam geistig und körperlich hergestellt zu Hause an und verblieb auch drei Jahre hindurch in voller Gesundheit, bis sich beiläufig vor einem Jahre die alten Sexualbeschwerden sammt der schon beschriebenen psychischen Alienation successive einstellten. Die Person wurde wieder deprimirt, nur erreichte die geistige und körperliche Hemmung einen höheren Grad als das erstemal; so zwar, dass schon in der Umgebung der Kranken die Vermuthung auftauchte, dass die einfache traurige Verstimmung in eine wahre Geistesstörung überging. Man versuchte die Kranke durch Roborantia (Eisen, Bäder u. s. f.) zu kräftigen und sie auf mannigfache Art zu zerstreuen, ohne dass eine örtliche Behandlung der Genitalaffection eingeleitet worden wäre. Was übrigens leicht begreiflich erscheint, wenn man bedenkt, dass Patientin in einer kleinen Provinzstadt wohnte, wo man einen Specialisten nicht so leicht zur Hand hat als in den Grossstädten, und unter den practischen Aerzten es die wenigsten verstehen practische Gynäkologie zu treiben. — Die Angehörigen trachteten auf alle möglichen Arten die Kranke aus ihren apathischen Stumpfsinn aufzurütteln, sie aufzuheitern. So geschah es auch, dass man sie mehrere Abende kurz hintereinander — 8 Tage vor Ausbruch der prononcirten Geistesstörung — zu nächtlichen Unterhaltungen in grosser Gesellschaft mitnahm, wo sie dann den grössten Theil der Nacht zubrachte. Und es schien, als würde die Kranke in der heiteren Gesellschaft aufleben, indem sie an dem geselligen Vergnügen, wenn auch nur in geringem Maasse, doch theilzunehmen schien. Der Schein trügte jedoch auch hier, denn die nachtheilige Wirkung des wiederholten Durchnachtens auf den psychisch krankhaften Zustand der Patientin machte sich dadurch geltend, dass die bisnun stumpfsinnige, apathische Person aufgeregt wurde, in der Nacht mehrmals aus dem Bette sprang, grosse Angst verrieth, schrie; verwirrt sprach, tanzte und mit den Händen klatschte. Wenn sie sich bei Tag beruhigte, so machte sie ihrem Mann Vorwürfe, dass er sie verspotte und ihr mit dem Tod drohe. — Die Aufregung und Verwirrtheit nahmen immer mehr zu, so dass sich die Angehörigen endlich entschlossen, die Kranke einer Anstalt zu übergeben, was auch am 9. Jan. 1890 thatsächlich geschah.

Bei der Aufnahme am 9. Jan. 1890 wurde folgender Status festgestellt:

Die mittelgrosse Kranke ist gut genährt, von mittelkräftigem Körperbau. Die Haut ist blass, mit einem leichten Stich ins Gelbe, anämisch. In den vegetativen Organen nichts Krankhaftes. — Schädel normal gebaut. Kopfmaasse: Längendurchmesser 175 mm, Querdurchmesser 150 mm, Schädelhöhe 110 mm, Schädelumfang 485 mm, Körperhöhe 152 cm. Die Iris ist grünlich grau mit braunen Flecken versehen. Pupillen mittelweit, gleichmässig erweitert, reagiren prompt auf Licht und Accomodation. Die Patellarsehnenreflexe sind gesteigert.

Digitized by Google

Psychischer Befund: Die Kranke zeigt das Bild tiefer Depression; sitzt unbeweglich mit gleichgiltiger Miene da. Bei passiven Bewegungen entwickelt sie ziemlich grossen Widerstand und ist nur mit bedeutender Kraftanwendung von einem Ort auf den andern fortzubringen. Auf das Untersuchungszimmer musste sie getragen werden, weil sie sich am Corridor auf den Boden niederliess und nicht aufstehen wollte. — Trotz wiederholtem Befragen bleibt die Kranke stumm, sprachlos; mit glotzenden, starren Augen blickt sie ins Leere. Der Gesichtsausdruck ist gleichgiltig, zeitweilig wie erstaunt; plötzlich wird er ängstlich und die regungslos dasitzende Kranke springt rasch empor und macht Fluchtversuche, die Hindernisse mit Kraft aus dem Wege schaffend. Oder sie fängt an in sitzender Stellung mit den Händen zu klatschen, wobei sie lautes Gelächter erschallen lässt, ohne ein Wort zu sprechen; dann wird sie wieder stumm und verfällt in die frühere Apathie. In der Nacht schläft die Kranke auf 2—3 g Chloralhydrat nicht, ist unruhig, springt oft aus dem Bett und läuft im Saal herum. Die am 11. Jan. eingetretene Periode hat die stuporösen Erscheinungen gesteigert und dauerte kaum drei Tage. Am 14. Jan. erfasste sie grosse Angst in der Nacht, sie verliess das Bett und lärmte, rief den Namen ihres Mannes und der Kinder, griff die wachhabende Wärterin an, lief zu den Fenstern und zur Thür und wollte fort. Daraufhin wurde sie isolirt, was eine Beruhigung zur Folge hatte.

Die Kranke bot also nach gegebener Schilderung das Bild einer stuporösen Verwirrtheit verbunden mit Angstzuständen.

Da die Anamnese ganz klar auf einen genetischen Zusammenhang der Psychose mit dem vorhandenen Frauenleiden hindeutete, hatte ich und der noch zu Rathe gezogene Prof. *Tauffer* (Director der geburtshilfl.-gynäkol. Klinik in Budapest) die Kranke genau untersucht und wurde übereinstimmend folgender Genitalbefund constatirt: Die äusseren Genitalien zeigen nichts Abnormes. Frenulum trotz mehrerer Geburten erhalten. Die Vagina weit, Columnae rugarum stark abgeflacht. Die Vaginalschleimhaut befindet sich im Zustande chronisch katarrhalischer Entzündung mit mässiger schleimig-eitriger Secretion. Aus der Muttermundsöffnung quellen klumpige Stränge stark eitrigen zähen Schleimes hervor. Der äussere Muttermund ist querspaltig, links mit einem tieferen Einriss des Collums. An der vorderen Muttermundslippe eine etwa kreuzergrosse Erosion, während die hintere an ihrer ganzen Oberfläche und theilweise auch das hintere Scheidengewölbe erodirt erscheinen. Die Cervixschleimhaut drängt sich aus dem Orificium uteri ext. hervor, zeigt eine Continuität mit den Erosionen und ist papillär, drusig-uneben, leicht blutend. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt eine Verlängerung, Hypertrophie des Collum, bedeutendere Vergrösserung und mässige Härte des Uteruskörpers. In Folge der Massenzunahme der gut beweglichen Gebärmutter ist die normale Anteversionsstellung vermehrt. Ovarien und Tuben bieten nichts Krankhaftes dar.

Digitized by Google

Demnach war eine chronisch katarrhalische Affection der gesammten Schleimhaut der Genitalwege mit geweblichen Veränderungen der Uterussubstanz vorhanden und konnte dem Befunde nach die specielle Diagnose einer chronischen Endometritis mit Metritis, Cervixkatarrh und Vaginitis chronica festgestellt werden.

Prof. *Tauffer* war nun der Meinung, dass es sich hier nur um ein zufälliges Nebeneinander von Frauenleiden und Psychose handele, und hat daher jede specifische Behandlung des in der Aetiologie dieses psychischen Krankheitsfalles zweifelsohne die Hauptrolle spielenden chronischen Uteruskatarrhs für überflüssig und erfolglos erklärt und nur antiseptische Ausspülungen der Scheide — „ut aliquid fieri videatur" — verordnet. Mich hat diese Ablehnung jedweden wirksamen therapeutischen Eingriffes gar nicht befriedigt, noch weniger die Angehörigen, die auf eine locale Behandlung drangen; umsoweniger war ich zufriedengestellt, als die Anamnese ganz deutlich auf einen causalen Zusammenhang zwischen Geistesstörung und Sexualleiden hinwies und die fachmännische Untersuchung einen palpablen krankhaften Zustand der Genitalien mit Sicherheit constatirte. Ich leitete daher ganz selbständig gegen den chronischen Uteruskatarrh die von *Rheinstädter* warm empfohlene methodische Chlorzinkätzung der Uterusschleimhaut und der Erosionen ein mit den nöthigen Cautelen und einer gleichzeitigen roborirenden Allgemeinbehandlung. — Es wurden im Ganzen vom 15. Jan. 1890 bis 6. Febr. 1890 5 Aetzungen ausgeführt. Der Erfolg war ein so günstiger, dass die Kranke am 6. Febr. 1890 vollkommen geheilt die Anstalt verliess [1]).

Folgende Journalaufzeichnungen schildern den Krankheitsverlauf unter der durchgeführten gynäkologischen Behandlung.

Am 15. Jan. wurde die Kranke aus der Isolirzelle, wo sie sich beruhigte, auf das Zimmer für die ruhigen Kranken gebracht. Sie ist stumm, apathisch, verweigert die Nahrung. Nachmittags wurde sie zu Bett gebracht und wurde die erste Aetzung vorgenommen, welche die Pat. leicht vertrug und ohne Widerstand erduldete. — Ich muss hier vorwegnehmen, dass ich die Opiumbehandlung, welche vom ersten Tage der Aufnahme in Anwendung stand, da sich nicht der geringste Effect zeigte und ich das Resultat der frauenärztlichen Therapie rein vor mir haben wollte, am 14. Jan. einstellte.

16. Jan. Die Pat. hütet das Bett, benimmt sich ruhig, ist stuporös. Zeitweise blickt sie ängstlich um sich herum und nimmt vom Wärterpersonale keine Speisen an. Auf die Nacht bekommt sie 2 g Chloralhydrat, welches einen 4stündigen Schlaf bewirkt. — Täglich zweimalige Scheidenausspülungen mit 1 pro mille-iger Sublimatlösung und Einlegung von Tanninglycerintampons.

[1]) Nach eingezogenen Erkundigungen befindet sich die Frau bis an den heutigen Tag vollkommen gesund.

Digitized by Google

19. Jan. Die ängstliche Miene und der misstrauische Blick der Kranken wichen einem ruhigen aber gleichgiltigen Gesichtsausdruck. Sprechen will sie aber noch immer nicht; isst sehr wenig, und dies auch nur auf langes Zureden. Die abendliche Chloralhydratdosis wurde gestrichen und die Kranke schlief gut. Sie liegt fort im Bett.

20. Jan. Zweite Aetzung. — Die Besserung hält an.

22. Jan. Die Kranke verlässt das Bett; geht mit ruhiger Miene und langsamen Schritten im Zimmer auf und ab, schaut zeitweise zum Fenster hinaus, giebt auf wiederholt gestellte Fragen noch immer keine Antwort, indem sie sich vom Fragenden abwendet und weitergeht. Die Nahrungsaufnahme ist eine bessere.

24. Jan. Heute gab sie das erstemal Antwort. Ihr Wunsch ist, die Anstalt möglichst bald zu verlassen. Sie schläft ohne Schlafmitteln. Isst spontan.

25. Jan. Dritte Aetzung. — Nachmittags fiel die Kranke durch ihren ängstlichen, unruhigen Blick und totale Schweigsamkeit auf. Als man ihr das Abendessen vorlegte, warf sie es zur Erde, sprang auf, fing an zu schreien, rannte im Zimmer angstvoll herum und rief die Namen ihrer Kinder. Auf 3 g Chloralhydrat schlief sie ein.

26. Jan. Stupor. Nahrungsverweigerung. Mutacismus.

28. Jan. Die Kranke ist noch immer apathisch und wortkarg, setzt sich aber zur Mittagszeit unter die übrigen Kranken und isst von selbst. Abends sprach sie die Oberwärterin an und verlangte ins Zimmer für die ruhigen Kranken.

30. Jan. Die Kranke ist lebhafter. Kleidet sich selbst an, verlangt auf den Corridor, um promeniren zu können, „weil sie das Benehmen einiger Kranken nicht ansehen kann“. Antwortet ziemlich prompt und correct auf Fragen, ist aber noch immer ernst und etwas gedrückter Stimmung.

31. Jan. Heute wurde zum viertenmal geätzt. Die Erosionen an der Portion sind auf ganz geringe Reste mit jungem bläulichem Epithel überkleidet. Das aus dem Cervicalkanal kommende Secret ist dünnflüssig, etwas gelblich gefärbt und enthält weissgelbliche Schorfpartikeln. Die Kranke befindet sich wohl, ist vollkommen orientirt, wünscht ihren Gatten und die Kinder zu sehen. Auf Bemerkungen heiteren Inhalts lächelt sie. Der Schlaf ist ausgiebig und ruhig.

3. Febr. Die Besserung nimmt stetig zu. Das Bewusstsein ist klar. Volle Krankheitseinsicht. Die Kranke erklärt, dass das Sexualleiden sie schon oft sehr traurig gestimmt und lebensüberdrüssig gemacht hat und letztere Zeit eine derartige Wandlung in ihrem Gemüthzustand hervorrief, dass sie sich selbst nicht wiedererkennen konnte. Sie erinnert sich im Grossen und Ganzen auf Dinge, welche während ihres Aufenthaltes in der Anstalt mit ihr vorgingen. Sie weiss z. B., dass sie sehr unruhig war und eine Nacht in der Zelle zubrachte, in der Früh aber in jenes Zimmer

Digitized by Google

kam, wo sie sich gegenwärtig befindet. — Als Ursache der abendlichen Aufregung und Verschlimmerung ihres Zustandes am 25. Jan. giebt sie an, dass sie Mittags ihren Bruder am Corridor sah, wie er in das Zimmer des Arztes trat, und als sie jenem nacheilen wollte, sie hieran durch die Wärterinnen verhindert worden sei. Dass man sie so gewaltsam von ihrem Bruder trennte, hatte sie sehr ergriffen, und darauf folgte dann Abends die Unruhe.

4. Febr. Fünfte Aetzung. — Nachmittags wurde der Besuch seitens ihres Bruders gestattet. Die Kranke unterhielt sich eine gute halbe Stunde mit diesem in ungezwungener Weise und bat ihn, er möge sie bald ihrem Mann und Kindern zuführen, denn sie fühle sich jetzt schon vollkommen gesund und möchte wieder ihre Hauswirthschaft übernehmen. Sie wollte noch am selben Tag fort, doch gab sie nach, als man ihr versicherte, dass ihr Gemahl sie am 6. Febr. abholen werde.

5. Febr. Der psychische Zustand der Kranken ist normal; der Genitalbefund zufriedenstellend, indem die Erosionen ganz überhäutet erscheinen; das Uterussecret hat seine schleimig-eitrige, klumpige Beschaffenheit verloren und deutet gegenwärtig nur auf die gestern stattgefundene Aetzung hin, während der Vaginalausfluss vollends geschwunden ist. Die Kranke sagt, sie fühlt sich so leicht im Unterleibe, die Schwere, Völle, Schmerzhaftigkeit und das Gefühl von Fliessen in den Genitalien, wie alles dies früher vorhanden war, fehle jetzt gänzlich, und sie möchte nur baldigst nach Hause reisen.

Am 6. Febr. wurde die Kranke geheilt ihrem Gatten übergeben und die Fortsetzung der localen Behandlung mit nachfolgendem Badegebrauch einer Eisenquelle angerathen.

Epikrise. Um diesen Fall richtig beurtheilen zu können, haben wir über folgende Punkte in's Klare zu kommen:

1) Ob und in welcher Weise die Genitalerkrankung (chronische Metritis, Endometritis mit Erosionen und Vaginalkatarrh) im vorliegenden Fall als ursächliches Moment zur Entstehung der Geistesstörung sich verhält.

2) Ob der günstige Verlauf, der rasche Heilerfolg thatsächlich als Resultat der gynäkologischen Therapie oder nur als Spontanheilung anzusehen ist.

3) Ob chronisch-katarrhalische Erkrankungen des weiblichen Sexualtractes Psychosen hervorzurufen im Stande sind, und

4) Ob bei diesen chronisch entzündlichen Zuständen auf Erfolg der entsprechenden gynäkologischen Behandlung zu rechnen ist.

Was nun den ersten Punkt anlangt, so ist aus der Anamnese ersichtlich, dass es sich hier um eine Combination von meh-

Digitized by Google

reren Krankheitsursachen handelt. — In erster Linie kommt die Heredität in Betracht, indem die Kranke einer erblich stark belasteten Familie entstammt. Dass die hereditäre Anlage als ätiologischer Factor bei psychischen Krankheiten die wesentlichste Rolle spielt, unterliegt keinem Zweifel, doch genügt dieselbe in den meisten Fällen nicht, um selbständig eine Psychose zu produciren, sondern sie bedarf gewisser, kürzer oder länger dauernder Einflüsse theils somatischer theils psychischer Natur, welche direct oder indirect die schon a priori bestandene, übererbte labile psychische Gleichgewichtslage, — die unter sonstigen Verhältnissen innerhalb normaler Grenzen gehalten wird —, derartig zu erschüttern, dass die provocirten Schwankungen als abnorme psychische Reactionszustände constant werden und als Geistesstörungen zu Tage treten. Diese Einflüsse, welche die grösste Mannigfaltigkeit zeigen, kann man als secundäre — oder als Gelegenheitsursachen bezeichnen, und es können auch deren mehrere, einander unterstützend, zum Ausbruch einer Psychose führen. Eine solche secundäre Entstehungsursache bildet in unserm Fall die Genitalaffection, welche auf nachgewiesener hereditären Basis zunächst eine einfache Gemüthsverstimmung depressiven Charakters herbeiführte, die nach längerer Zeit unter Zunahme der Sexualbeschwerden als Stupor den höchsten Grad psychischer Hemmung erreichte und schliesslich unter Concurrenz des durch nächtliches Aufsein hervorgerufenen Erschöpfungszustandes als Hilfmomentes einen agitirten Charakter annahm. Auf diese Weise kam jenes Krankheitsbild zu Stande, welches die Kranke bei der Aufnahme geboten hat, und welches seinen Charakter auch im weiteren Verlauf unverändert beibehielt.

In unserem Fall hat also auf durch hereditäre Veranlagung vorbereitetem Boden hauptsächlich die Genitalaffection die Entwicklung der Psychose bewirkt. Wesentlich gestützt erscheint diese Annahme durch die genau erhobenen anamnestischen Daten, aus denen erhellt, dass sich die Veränderung des geistigen Verhaltens zunächst im Anschluss an die krankhaften Vorgänge in der Sexualsphäre, später parallel mit diesen fortschreitend sich weiter entwickelte, bis eine specialärztliche Behandlung und Badecur sowohl die sexuellen als auch die psychischen Störungen beseitigten und so die Genesung in beiden Richtungen herbeiführten. Nach Ver-

Digitized by Google

lauf von drei Jahren exacerbirte das chronische Genitalleiden unter intensiveren Erscheinungen als zuvor, und es trat gleichzeitig auch die das erstemal als Begleiterin vorhanden gewesene Gemüthsverstimmung auf, welche sich wegen mangelnder Behandlung der stark fortgeschrittenen Frauenkrankheit zu einer completen Geistesstörung herausbildete.

Nach dem Gesagten kann ein causaler Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen nicht geleugnet werden, umsoweniger als beide Male die gynäkologische Therapie mit Heilung des Frauenleidens die Heilung der Psychose bewerkstelligte und so den sichersten Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme lieferte.

Den zweiten Punkt betreffend, ob wir es im vorliegenden Falle mit einem günstigen Effect der gynäkologischen Behandlung oder nur mit einer Spontanheilung zu thun haben, können wir die Antwort dahin formuliren, dass es ein besonderer, schon von vornherein unwahrscheinlicher Zufall gewesen sein müsste, der zweimal unter solchen Umständen, wie sie hier vorhanden waren, eine spontane Heilung veranlasst hätte. Nach Erwägung der krankengeschichtlichen Angaben ist es einleuchtend, dass hier ausschliesslich nur von einem erfolgreichen Resultat der lege artis ausgeführten gynäkotherapeutischen Maassnahmen die Rede sein kann, da der prompt fortschreitende Rückgang der psychischen Krankheitserscheinungen gleichzeitig und gleichmässig mit jenem des therapeutisch günstig beeinflussten Sexualleidens auf's Deutlichste in den Vordergrund trat. Einen unabweislichen Beleg für den positiven Heilerfolg liefert auch der Umstand, dass schon einmal die Badecur und besonders die locale Behandlung, welche mitsammen eine Heilung des Frauenleidens bewirkten, die psychischen Anomalien auf mehrere Jahre zum Verschwinden brachten, die Wirksamkeit der frauenärztlichen Behandlung für diesen Fall also nicht in Abrede gestellt werden kann. Es konnte im Gegentheil der erstmalige Erfolg als Fingerzeig, als Ermunterung zur Unternehmung einer rationalen gynäkologischen Therapie bei jeder zukünftigen Erneuerung der psychischen Krankheitssymptome dienen, was auch Berücksichtigung gefunden hat.

Die Frage ob chronisch-katarrhalische Entzündungsprocesse der Genitalschleimhaut sammt deren Folgezuständen beim Weibe im Stande sind Neurosen resp. Psychosen hervorzubringen, kann nur

Digitized by Google

im bejahenden Sinne beantwortet werden. Die zahlreichen Erfahrungen auf diesem Gebiet geben genügend Belege hiefür. So betont z. B. *Hergt* speciell chronische Uteruskatarrhe mit Infarct und Erosionen nicht nur als häufige Befunde bei Geisteskranken, insbesondere bei Melancholischen, sondern als die die Geistesstörung bedingenden wesentlichen Ursachen.

Die Richtigkeit dieser Auffassung wird wesentlich durch das Vorfinden analoger Verhältnisse beim Manne unterstützt. Wohlbekannt sind den Urologen sowie den Nervenärzten jene schweren neurasthenischen Zustände, die sich auf Grund langdauernder chronischer entzündlicher Processe theils gonorrhoischer theils onanistischer Provenienz in der hintern Harnröhre entwickeln, und welche schon an und für sich mit bedeutenden Störungen der psychischen Functionen einhergehen oder die Vorstufe zur Entstehung solcher bilden. Dies ist auch nicht Wunder zu nehmen, wenn man bedenkt, dass sowohl der hintere Harnröhrenabschnitt sammt Prostata, resp. das dort gelegene Caput gallinaginis, welches als peripheres Centrum für sexuelle Reize dient und der Cervix uteri sammt Uteruskörper sehr nervenreiche Gebilde sind, in welchen durch langdauernde entzündliche Vorgänge die peripheren Nervenendigungen in continuirlicher Erregung gehalten werden, die, auf das ausgebreitete Verästlungsgebiet der Pudendo - vesicalen Nervengeflechte übertragen, Neurosen der verschiedensten Art in der Harn- und Genitalsphäre hervorrufen kann (*Ultzmann*). Diese Neurosen stellen Störungen der motorischen, sensiblen und secretorischen Function der Geschlechtsorgane dar und beeinträchtigen oder verhindern selbst in Folge dessen die physiologischen Aeusserungen des normalen Geschlechtslebens in der mannigfaltigsten Weise. Welch' mächtige Rückwirkung aber Anomalien Veränderungen jedweder Art in der Geschlechtssphäre auf das psychische Verhalten ausüben, ist allgemein bekannt und begnüge ich mich damit, bei dieser Gelegenheit einfach darauf hingewiesen zu haben.

Als Antwort auf den vierten Punkt, ob bei chronisch katarrhalischen Zuständen der Genitalschleimhaut auf Erfolg einer entsprechenden gynäkologischen Behandlung zu rechnen sei, führe ich aus *Hergt*'s reichen Erfahrungen vier Fälle von Melancholie an, in welchen die Heilung des vorhanden gewesenen Uterinalkatarrhs mit Geschwüren zugleich eine dauernde Heilung der Seelenstörung

Digitized by Google

herbeiführte; weiterhin einen Fall von Folie circulaire, wo ebenfalls eine dauernde Heilung der mehrere Jahre hindurch bestandenen Geistesstörung durch Beseitigung eines Scheiden- und Uterinalkatarrhs mit Erosionen auf's Beste gelang.

In unserm Fall lag auch eine Melancholie mit Agitation vor, welcher Umstand sammt dem erstmaligen günstigen Erfolg gynäkologischer Behandlung auch für diesmal eine Heilung der Psychose durch dieselbe Therapie in Aussicht stellte, was sich auch in vollkommenster Weise bestätigte.

Die Möglichkeit der Heilung von Geistesstörungen auf gynäkologischem Wege in solchen Fällen, wo chronisch entzündliche Zustände der weiblichen Sexualwege durch genaue und wahrheitsgetreue anamnestische Angaben als Ursachen der psychischen Erkrankung wahrscheinlich gemacht werden, ist demnach als feststehend anzunehmen. Und wäre die gynäkologische Behandlung in allen diesen Fällen, wenn keine besonderen Gegenanzeigen bestehen, einzuleiten. Dass man neben positiven Resultaten auch negative zu verzeichnen haben wird, ja selbst Verschlimmerungen der Geistesstörung trotz Heilung des Genitalleidens, ist — wie es die Erfahrung lehrt — von vornherein zu erwarten, da sich die Verhältnisse je nach den einzelnen Fällen in verschiedenster Weise ändern, daher bei Auswahl der zu behandelnden Fälle mit Vorsicht vorzugehen sei.

II. Ein classischer Fall *Kahlbaum*'scher Katatonie.

Die Katatonie wie sie *Kahlbaum* beschrieb, gehört wohl nicht zu den häufigen, aber auch nicht zu den seltensten psychischen Krankheiten und bietet so wie jede andere klinische Krankheitsform mannigfache Abweichungen, Abstufungen verschiedener Art in ihrer Erscheinungsweise dar. Solche Fälle, die sämmtliche zum Wesen des Krankheitsbildes gehörigen Symptome in vollkommener Ausbildung, in wohl abgerundeter Form in sich vereinigen und auch den von *Kahlbaum* als besonders charakteristisch hervorgehobenen cyklischen Verlauf in classischer Weise fortführen, bilden ein selteneres Vorkommniss, und dieser Umstand gab die Veranlassung zur Publication folgenden interessanten Falles.

Krankengeschichte: Mathias K..., 22 Jahre alt, röm. katholischer Religion, lediger Tagelöhner, wurde am 15. Jan. 1890 auf Grund des fol-

Digitized by Google

genden Zeugnisses vom St. Rochusspital auf die Beobachtungsabtheilung transferirt. Der Wortlaut des Zeugnisses: „M. K. wurde am 10. Jan. 1890 auf unsere II. interne Abtheilung aufgenommen. Als man ihn über sein Leiden befragte, gab er zur Antwort, dass ihm acht Aerzte aus der rechten Brustseite mit einer grossen Spritze eine grosse Menge schmutziger Materie herausgenommen haben und dass er schon seit Längerem so sehr krank sei, dass er gar nicht unter die Menschen gehöre. Während seines Aufenthaltes auf der Abtheilung klagte er über seine schwere Krankheit, die sich jedoch auf physikalischem Wege nicht nachweisen liess, und über Zahnschmerzen, sass mit offenem Munde stundenlang auf einer Stelle, liess nachlässig den Speichel in grosser Menge aus dem Munde fliessen, wobei er zeitweise ohne äussere Veranlassung eigenthümliche, thierische Töne von sich gab. Seine Antworten sind unbestimmt und verworren. Die Polizei, Fleischhauer und Herrn erwähnt er sehr oft. Den Arzt empfängt er bald mit Freude bald mit trauriger Miene und spricht von seinem bevorstehenden Tode. Sein sehnlichster Wunsch ist, ein recht grosses Stück Brod zu bekommen, das er mit thierischer Gier verzehrt. Bei der Aufnahme liess sich Folgendes feststellen: Vater lebt und ist gesund, Mutter starb an Lungenentzündung. Familiäre Belastung nicht nachweisbar. Der Kranke war immer gesund. Seine gegenwärtige Krankheit dauert seit einer Woche; er stürzte einigemal bewusstlos zusammen. Als er erwachte, fühlte er sich matt und niedergeschlagen. In seiner Kindheit hatte er angeblich keine Krankheit gehabt.

Der mittelgrosse, mässig genährte Kranke zeigt eine hochgradige Cyanose im Gesicht und an sämmtlichen Extremitätenenden. Die Gesichtshaut reichlich mit Sommersprossen besät. Haarfarbe roth. Rachitische Schädelbildung. Das Gesichtsskelet asymmetrisch, indem die rechte Hälfte weniger entwickelt erscheint. Schädelmaasse: Längendurchmesser 180 mm, Querdurchmesser 160 mm, Schädelhöhe 115 mm, Schädelumfang 515 mm, Körperhöhe 160 cm. Irisfarbe grünlichgrau; Pupillen sind gleich, etwas dilatirt, reagiren sowohl auf Licht als Accomodation prompt. Die Zunge zeigt eine leichte Deviation nach rechts, aber keinen Tremor. Die Hände zittern. Kniephänomene excessiv gesteigert. Mechanische Muskelirritabilität bedeutend erhöht. In den vegetativen Organen ist keine Abweichung von der Norm constatirbar.

In psychischer Beziehung zeigte der Patient folgende Eigenthümlichkeiten: Beklagt sich, dass ihm seine Füsse schmerzen, dass er kaum gehen könne; die Herren auf der Gasse schauen ihn alle an, folgen ihm und geben ihm keine Ruhe. Die Mitkranken betrachten ihn auch fortwährend und er hört es, wie sie sagen „freilich ist er einer". Ansonst sitzt er stumm und unbeweglich, mit einfältigem starrem Gesichtsausdruck. Giebt, wenn auch nur zögernd, adäquate Antworten, ist vollkommen orientirt in Bezug auf Zeit und Ort; hält sich aber geistig für ganz gesund und wünscht entlassen zu werden, damit er in Dienst gehen könne. Darüber

Digitized by Google

ob man ihm Materie aus der rechten Brustseite gelassen hätte, wie er dies früher behauptete, weiss er nichts anzugeben. — Nachdem sich der Kranke ruhig benahm, wurde er auf Wunsch seines Vaters am 18. Jan. 1890 in häusliche Pflege entlassen.

Am 20. Jan. 1890 wurde der Kranke durch die Polizei auf die Abtheilung zurückgebracht. Laut polizeiärztlichem Bericht soll Patient baarfuss auf der Strasse herumgelaufen sein und bat die Passanten, sie sollten ihn erhängen. Bei der Aufnahme erscheint er traurig, verstimmt, niedergeschlagen, wortkarg. In psychischer und körperlicher Hinsicht hochgradige Hemmung. Auf Fragen giebt er kaum Antwort. Steht mit gesenktem Haupt und mit zum Gebet gefalteten Händen da. Sein Blick verräth Angst. Wimmernd fragt er den Arzt, was mit ihm geschehen wird, kniet sich vor ihm nieder und küsst ihm die Hände. Als er aufgefordert wird, dass er sich setze, giebt er zur Antwort, dass er diese Auszeichnung nicht verdient, er bleibt lieber stehen. „Er ist nicht werth, dass er lebt, ihm gebührt der Tod, weil man schon viel bessere Leute hingerichtet hat, als er es ist." Seine Antworten sind zögernd, erfolgen nach längerer Pause und drehn sich um seine vorausgesetzten Sünden und Unwürdigkeit. Er giebt an, dass er in der Anstalt aus Strafe verbleiben müsse, weil ein Weib für ihn starb, weil er nicht arbeiten wollte, weil er überall, wo er nur hinkam, Diebstähle verübt habe. „All' dieses weiss Gott und straft ihn hiefür." Er hält es für möglich, dass er seiner Sünden halber gebraten oder erschlagen werden könnte, oder dass man ihn ertränkt. Welcher Todesart er noch verfallen wird, weiss er nicht; es steht aber fest, dass er „hinwerden" muss. Gott flüstert ihm folgende Worte zu: „Geh' nur du Judas", hiebei weint Patient. Oft erwähnt er ein Frauenzimmer, das seinetwegen starb; Näheres weiss er über dasselbe nicht anzugeben. Nach längerem Ausfragen gesteht er, dass, trotzdem er dieses Weib geliebt, er selbes doch öfters mit Worten beleidigte; er konnte sich nicht zurückhalten, weil seine Zunge „gegangen" ist. Diese „gute" Frau spricht oft zu ihm und deutet ihm an, dass er entweder im Keller oder am Boden umgebracht werden muss. Sein Gewissen ist auch dadurch belastet, dass er nicht betet.

Die Gewissensangst, die peinlichen Erwartungsgefühle mit grosser motorischer und psychischer Gebundenheit dauerten mit wechselnder Intensität bis Anfangs April an. Der Kranke nimmt spontan keine Nahrung zu sich und muss täglich gefüttert werden; ist sehr unrein. Ende Februar machte er einen Selbstmordversuch, indem er im Bette liegend unter der Decke den einen Hemdärmel losmachte und sich diesen in den Rachen stopfte. Als ich hinzukam, war der Kranke bewusstlos, hochgradig cyanotisch im Gesicht und musste durch Frottiren und Aetherinjectionen belebt werden. Als er zu sich kam, sah er sich furchtsam um, gab aber keine Aufklärung über sein suicidales Gebahren. Erst nach 4 Wochen erklärte er, dass er sich darum ersticken wollte, weil man ihn nicht nach Pest zur

Digitized by Google

Arbeit gehn liess; „Gott hat es nicht zugelassen, dass er gegangen wäre, da er ihn mit Worten beleidigte".

Die Selbstanklage besteht fort. Bei den Visiten findet man ihn sehr oft knieend, wo er um Verzeihung bittet, da er vieles verbrochen hat. Küsst die Füsse seiner Mitkranken; weint. Bittet den Arzt, er möge ihm den Hals abschneiden, ihn in die Donau „schmeissen", denn er ist nicht werth, dass er lebt. Eines Tags erblickte er einen Ring am Finger des visitirenden Arztes, worauf er angstvoll bemerkte, dass er jenen nicht gestohlen hat. Einigemal behauptete er, die Wärter hätten ihm Menschenfleisch und Urin zum Essen vorgelegt. — Es wird Opium bis zu 30 ctgr pro die verordnet.

In physikalischer Beziehung macht sich eine mächtige Cyanose im Gesicht und an den Extremitätenenden bemerkbar. Zeitweise ist das Gesicht auffallend blass. Unterschenkelödeme. — Zur Bekämpfung der vasoparetischen Erscheinungen werden 2 Wochen hindurch subcutane Ergotininjectionen in die Rückenhaut verabfolgt, nach welchen Besserung eintrat.

Am 7. April 1890 erscheint Patient lebhafter, befindet sich ausser Bett, tändelt und schäkert in kindischer Weise mit seiner Umgebung, ist heiterer Laune, jedoch verwirrt. Den eintretenden Arzt begrüsst er: „Servus Spezi, jetzt lass' ich mich nicht mehr in die Donau schmeissen, lassen's den dort — auf einen Kranken deutend — umbringen". Tanzt, singt; hat einen immensen Appetit und verlangt fortwährend Brod, selbes mit thierischer Gier verzehrend. Seine Bewegungen haben trotz der lebhafteren Innervation etwas schwerfälliges, plumpes an sich, seine Körperhaltung ist noch immer gebückt.

Von Tag zu Tag steigert sich die maniakalische Exaltation; der Kranke platzt stark lärmend mit einem Gewirr von pathetischen Phrasen und obscönsten Redensarten heraus, dabei heroische Attitüden einnehmend; drängt die Brust vor, wirft den Kopf zurück, streckt den Arm in die Höhe, zeigt mit einem Wort imponirende Stellungen. Wird er angesprochen, so antwortet er in trivialster Weise, hell auflachend, spuckt Einem ins Gesicht und schimpft. Zu den psychischen Symptomen maniakalischer Aufregung gesellt sich motorische Unruhe, Bewegungsdrang, welche sich bis zur Zerstörungssucht steigern. Der Kranke springt auf den Betten herum, reisst die Kleider von sich, greift die Wärter an und zerschlägt drei grosse Fensterscheiben. Nachdem sich der Erregungszustand bis zur Tobsucht herausbildete, musste der Kranke am 18. April 1890 das erstemal isolirt werden. Den nächsten Tag totaler Umschlag der Erscheinungen. Der Kranke zeigt nämlich ein perfectes Bild des Stupors. Mit blödem Gesichtsausdruck steht er stundenlang bewegungslos, mit verschränkten Armen auf einer und derselben Stelle. Die Augen weit aufgerissen ins Leere glotzend, den Mund halb geöffnet, stark speichelnd, macht er den Eindruck eines Verblödeten. Mutacismus Nahrungsverweigerung; wird täglich zweimal mit der Schlundsonde gefüttert. Bei dem Versuch die

Digitized by Google

innegehabte Körperhaltung oder den occupirten Platz durch eine zweite Person passiv zu verändern, leistet er Widerstand. Negativismus. Rücksichtslose Vernachlässigung der primitivsten Reinlichkeitsregeln. Die physikalische Untersuchung ergab Anästhesie auf der ganzen Körperoberfläche, — man konnte eine aufgehobene Hautfalte mit der Nadel durchstechen, ohne dass der Kranke im Geringsten seine blöde Miene verändert hatte —, stark dilatirte, starre Pupillen, enorm gesteigerte Patellarsehnenreflexe und eine ebenso erhöhte mechanische Muskelirritabilität: sowohl „localer Muskelwulst" als auch „allgemeine Contraction" waren auf's Deutlichste ausgeprägt. Weiterhin Cyanose im Gesicht und an den Extremitätenenden und Oedem der Unterschenkeln. Die Körpermusculatur befindet sich im Zustande mässiger, tonischer Contraction. — Es wurden laue Vollbäder verordnet.

Der attonische Zustand dauerte ununterbrochen bis Mai 1890. Von da an trat ein bunter Wechsel von Erscheinungen der Verwirrtheit mit manischer Färbung und Stupescenz ein. Den Grundzustand gab jedoch auch weiterhin die Attonität ab mit all' ihren Symptomen in schönster Ausbildung, da die Exaltationen nur explosionsartige plötzlich zum Ausbruch und ebenso rasch zum Abklingen gekommene Unterbrechungen der einförmigen, monotonen Apathie waren. Welche Mannigfaltigkeit der Symptome dieses Stadium der Krankheit darbot, ist aus den folgenden Aufzeichnungen zu ersehen, die dem klinischen Journal entnommen sind.

13. Mai. Der Pat. macht eine lächelnde Miene, geht lebhaft im Zimmer herum und spricht in heiterster Stimmung wirres, unzusammenhängendes Zeug zusammen. „Lassen's mich gehn, i' muss Soldat werden, ja a' General bin i'." Im nächsten Moment nennt er sich einen Ochsen, ein Vieh u. s. f.

14. Mai. Sitzt zusammengekauert in einer Ecke und blickt blöde, apathisch vor sich hin. Stumm. Auf wiederholtes Befragen lispelt er unverständlich. Plötzlich springt er ganz unmotivirt auf den Tisch und schreit aus voller Kraft „Es lebe die Freiheit, es lebe Ungarn" etc.

16. Mai. Läuft mit gebücktem Rücken und gesenktem Haupte im Garten auf derselben Strecke auf und ab. Mutacismus. Negativismus.

28. Mai. Der Kranke ist unruhig in fortwährender Bewegung begriffen. Totale Schweigsamkeit. Sehr gefrässig.

8. Juni. Status idem.

9. Juni. Pat. verlangt spontan eine doppelte Brodportion. Sonst wortkarg.

11. Juni. Gestern schlug er drei Fensterscheiben im Krankenzimmer ein, ohne dabei ein Wort zu sprechen. Stuporös. Steht unbeweglich mit verschränkten Armen da.

23. Juni. Das Gesicht ist stark congestionirt. Der Kranke ist stumm, blickt blöde um sich herum.

27. Juni. Giebt prompte und sachgemässe Antworten; ist lebhafter.

Digitized by Google

2. Juli. Apathisch, stumm. Unmotivirtes Kichern und Aufjauchzen. Secessus involuntarii.

15. Juli. Trabt andauernd im Garten im Kreise herum; beim Befragen, was er mache, giebt er zur Antwort, dass er Hühner fange, und trippelt ungestört weiter.

7. August. Der Kranke ist lebhafter und gesprächig; unterhält sich mit den übrigen Kranken. Die gebückte Körperhaltung behält er continuirlich.

10. August. Steht unbeweglich und lacht fortwährend. Lachkrampf.

11. August. Abends hat er bitterlich geweint; beim Abendessen war er heiter gestimmt.

14. August. Die manische Stimmung dauert weiter. Der Kranke ist verwirrt, bedient sich in seinem Redeschwall lauter Diminutiva und trägt das kindischste Benehmen zur Schau. — Wortwiederholungen sehr oft.

18. August. Der Pat. ist noch immer verwirrt. Will einen Wärter heirathen, zum zweiten will er als Kutscher gehn und den Wagen waschen. Hält sich für einen Zwilling.

24. August. Gestern drehte er sich continuirlich auf einem Fleck herum mit gesenktem Haupte und murmelte „Ich bin ganz matsch, ich bin matsch, ganz matsch", bis ins Unendliche dies wiederholend.

26. August. Heute nimmt er pathetische Stellungen ein; steht mit zurückgeworfenem Kopfe, vorgedrängter Brust, und auf das eine Bein gravitätisch gestützt, stumm da. Kommt ihm Jemand in die Nähe, so stösst er ihn weg.

30. August. Hält die Arme ausgebreitet den ganzen Tag hindurch aufrecht und macht ein andächtiges Gesicht dazu. Stumm. Spontane Nahrungsaufnahme.

3. Sept. Sitzt zusammengekauert am Fussboden. Den Daumen steckt er in den Mund und bringt trompetenartige Töne hervor. Bald steht er auf und singt unter lebhafter Gesticulation obscöne Lieder und Couplets gemeinsten Inhalts in mehreren Sprachen.

5. Sept. Starre aufrechte Körperhaltung. Complete Stummheit. Kataleptische Muskelstarre.

16. Sept. Der stuporöse Zustand dauert fort. Der Kranke spricht kein Wort und blickt unverwandt stundenlang auf eine Stelle. Gesichtsausdruck starr, maskenartig.

21. Sept. Manische Aufregung, gehobenes Selbstgefühl, heitere Verstimmung, Ideenflucht. Der Kranke singt, jubelt, lacht, belästigt die Kranken. Wird wegen hochgradiger motorischer Unruhe isolirt.

22. Sept. Es trat totale motorische und psychische Hemmung nach dem Tobsuchtsanfall ein; der Kranke verfiel in den früheren apathischen Zustand. Secessus involuntarii.

16. Oct. Der Stupor hält an, zeitweise lächelt oder lacht der Kranke hell auf und murmelt einige unverständliche Worte dazu. Heute verlangte

Digitized by Google

er vom Arzte goldene Aepfel, die er vor sich sah. Dann sagte er, seine Mutter wäre verbrannt. Abends wurde er wegen grosser Unruhe und lärmenden Benehmen isolirt.

17. Oct. Der Kranke ist bester Laune, singt und kommt auf seine gewohnheitsmässigen obscönen Redensarten zurück. Trotzdem sich derselbe regelmässig der deutschen Sprache bedient, besteht sein heutiger unzusammenhängender Discurs aus ungarischen Diminutivis.

28. Oct. Speiet fortwährend um sich herum; spuckt jeden, der in seine Nähe kommt, rücksichtslos an, ohne dass er dabei seine Miene im Geringsten ändern würde. Lässt sich vom Standorte nicht fortbewegen. — Hochgradige Cyanose. —

31. Oct. Die starke Salivation dauert fort. Der Kranke steht mit starrem, stolz aufgerichtetem Körper da, seine Umgebung mit verachtenden Blicken messend. Beim Fragestellen rümpft er die Nase und giebt erst auf wiederholtes, eindringliches Fragen eine Antwort, welche meist in einer Wiederholung der gestellten Frage oder in wirrem Durcheinander der in der Frage vorkommenden Worte besteht.

15. Nov. Die Verwirrtheit dauert fort. Lässt Urin und Koth auch während des Stehens und Sitzens unter sich gehen.

17. Nov. Dämpfung an der rechten Brustseite H. U. abgeschwächtes Athmen und ein ebensolcher Pectoralfremitus. Starker Husten. Temp. 39,4°. Am 21. Nov. Haemoptoë. Temp. 38,4°. Am 26. trat ein heftiger Hustenanfall auf, der etwa einen halben Liter locker geronnenen Blutes herausbeförderte. Kalte Umschläge, Ergotininjection. Der Kranke bot während der intercurrenten somatischem Erkrankung das gewöhnliche Bild seines Stupors dar, nur war die Hemmung wo möglich eine noch bedeutendere. — Die Reconvalescenz dauerte kurz, und bald folgte ein manisches Stadium auf das attonische, welches als rein manisches 2 Wochen lang verblieb, von da an jedoch wieder sein früheres wechselvolles Gepräge annahm. Zu den schon bekannten Symptomen traten im Laufe des Jan. 1891 neue hinzu, nämlich automatische, stereotype Bewegungen, gesteigerte Geschlechtslust mit Onanie und coitusartiges Gebahren andern Patienten gegenüber und der Wahn Weib zu sein. Die automatischen Bewegungen intendirte der Kranke meist selbst, aber man konnte sie auch hervorrufen, indem man einen bestimmten Körpertheil z. B. Arm, Kopf, Bein etc. in Bewegung setzte, welche dann vom Pat. eine viertel bis halbe, ja selbst eine Stunde lang unterhalten wurde. Mit onanistischen Manipulationen gab er sich auch genug ab. Die bestanden in Frictionen des Gliedes mit den Händen, horizontalem Liegen am Bett und Beckenbewegungen wie beim Coitus u. s. f. Dabei war der Kranke manisch gestimmt. Einmal behauptete er, dass er ein Weib sei, er besässe eine Vagina, und verlangte, man solle mit ihm, wie mit einem Weibe, den Beischlaf ausüben.

Der Zustand des Kranken ist unverändert und wurde letzterer am 2. März 1891 in die Landesirrenanstalt überführt.

Digitized by Google

Nach *Kahlbaum*[1]) ist die Katatonie, deren stuporöses Stadium mit der sogenannten Melancholia attonita der Autoren zusammenfällt, „eine Gehirnkrankheit mit cyklisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schliesslich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesammtbildern aber eines oder mehrere fehlen können, und bei der neben psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen". Das Wesen dieser klinischen Krankheits-Gruppe bildet also der cyklische Verlauf und die neuromusculären Erscheinungen und dies bestimmte auch *Kahlbaum* die Katatonie analog der progressiven Paralyse als selbständige klinische Krankheitsform aufzustellen. In wie weit die Erfahrungen am Krankenbett diese seine Annahme als grechtfertigt und richtig begründet erscheinen lassen, das zu erörtern, kann nicht der Zweck dieser kurzen casuistischen Mittheilung sein und verweise ich diesbezüglich auf die einschlägige Literatur von *Kahlbaum*[2]), *Neisser*[3]), *Brosius*[4]), *Hecker*[5]), *Arndt*[6]), *Schüle*[7]), *Westphal*[8]), *von Rinecker*[9]), *Knecht-Colditz*[10]), *Séglas* und *Chaslain*[11]), *Tamburini*[12]), *Kiernan*[13]), *Konrad*[14]), von Andern und von mir; doch möchte ich kurzweg schon an dieser Stelle bemerken, dass den Anhängern der *Kahlbaum*'schen Anschauung eine nicht unbeträchtliche Gegnerschaft gegenübersteht, die dem katatonischen Krankheitsprocess nur eine

[1]) Klin. Abhandl. über psych. Krankheiten. 1. H. Katatonie. 1874. Berlin.

[2]) a. a. O.

[3]) Ueber Katatonie. Stuttgart. 1887.

[4]) Diese Zeitschr. 33. Bd.

[5]) Ibidem 33. Bd.

[6]) Ibidem 30. Bd.

[7]) Klinische Psychiatrie. 1886.

[8]) Diese Zeitschr. 34. Bd.

[9]) Ibidem 37. Bd.

[10]) Ibidem 42. Bd.

[11]) Arch. de Neurol. 1888. XV.

[12]) Sulla Catatonia, übersetzt von Dr. *J. Fränkl* und Dr. *Cionini* im Irrenfreund. 1887. No. 8—9.

[13]) Alien. and Neurol. 1883.

[14]) Orvosi hetilap. 1882. 36, 37, 38 sz.

Digitized by Google

symptomatologische Bedeutung zumisst oder selben als Unterabtheilung, Nebenform anderer psychischer Krankheitstypen hinstellt. Vom Standpunkte der naturwissenschaftlichen Forschung am Krankenbett, also von der klinischen Betrachtungsweise ausgehend, müssen wir uns unbedingt der *Kahlbaum*'schen Lehre anschliessen, welche auf Grund zahlreicher genau beobachteter Krankheitsfälle geschaffen wurde, und die zu stützen auch vorliegender Fall sehr geeignet erscheint.

Derselbe bietet nach mehreren Richtungen Bemerkenswerthes. Erstens ist die Verlaufsweise eine absolut typische. Es sind alle Stadien in gesetzmässiger Folge und in einer selten schönen, vollkommenen Ausbildung vorhanden. Letzterer Umstand ist besonders hervorzuheben, dass sowohl die melancholische als auch die maniakalische Periode des Krankheitsprocesses in der Mehrzahl der Fälle nur rudimentär, andeutungsweise entwickelt und manchmal nur von so kurzem Bestande sind, dass sie einer flüchtigeren Beobachtung, die meistens noch vor der Anstaltsbehandlung geschieht, vollends entgehn. In unserm Falle hingegen entwickelt sich, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich, aus einem kurz dauernden Zustand hallucinatorischen Verwirrtseins, dem die nach *Kahlbaum* für Katatonie charakteristischen epileptiformen Anfälle vorangingen, ein so prägnantes Bild der reinen Melancholie, wie man sie nur in den übrigens seltenen Fällen von melancholischer Erkrankung par excellence findet. Es sind neben der traurigen Verstimmung, Gewissensangst und Hemmung des Gedankenablaufs und der Willensimpulse, das von *Meynert* als unmittelbare melancholische Symptome bezeichnete Selbstanklagedelirium und der Kleinheitswahn vorhanden gewesen. Das Bild war so typisch, dass der Kranke als ein Fall classischer Melancholie in den klinischen Vorlesungen den Hörern vorgeführt wurde. Die Dauer des melancholischen Zustandes betrug 77 Tage. Zum grössten Erstaunen änderte sich jedoch am 7. April 1890 der Zustand des Kranken. Die Melancholie kam zum Abschluss, und es trat an deren Stelle Manie in den Vordergrund, welche von der heitern Verstimmung angefangen bis zur Tobsucht alle Abstufungen der psychischen Exaltation in sich schloss, 18 Tage anhielt und gerade so abrupt in completen Stupor umschlug als die initiale Melancholie in den Zustand maniakalischer Aufregung plötzlich überging.

Digitized by Google

Die Attonität verblieb mit ihren ausgesprochensten Erscheinungen 14 Tage hindurch auf gleichem Niveau, bis die Psychose jene Form annahm, welche sie noch heute zeigt, und welche sich als continuirlicher und mannigfacher Wechsel von Depressions- und Exaltationserscheinungen mit dem Grundcharakter der Verwirrtheit präsentirt.

Aus dieser Skizzirung der Verlaufverhältnisse ist zweierlei ersichtlich: Zunächst die typische Folge und weiters die Abgeschlossenheit der einzelnen Krankheitsstadien. Letztere zeigen alle Charaktere jener Symptomencomplexe, welche als Melancholie, Manie, Stupescenz und Verwirrtheit im klinischen Sinne anerkannt sind, in derartiger Vollkommenheit, dass sie schon an und für sich als Typen vorbezeichneter Krankheisformen angesehen werden könnten. Und diese Vollkommenheit der Ausbildung sämmtlicher Krankheitsstadien macht den Fall interessant und selten, während die Regelmässigkeit im Nacheinander derselben — als die klinische Grundlage der katatonischen Erkrankung — für die Berechtigung der Existenz dieser von *Kahlbaum* aufgestellten Krankheitsform spricht.

Nichtsdestoweniger verdient auch der Symptomenreichthum des vorliegenden Falles unsere Aufmerksamkeit. Die zum Wesen der Katatonie gehörigen krampfartigen Erscheinungen im Nervenmuskelapparat und die des Negativismus zeigen eine so grosse Zahl und Mannigfaltigkeit, wie man sie bei einem und demselben Fall nur selten antrifft. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle haben wir in der Regel neben dem gewöhnlichen Bilde des Stupors nur ein oder höchstens zwei jener specifischen Symptome, welche der katatonischen Erkrankung eine seltsame eigenartige Färbung verleihen. Hier sind sie alle vorhanden: Haltungs- und Bewegungsstereotypen in den variabelsten Formen, der Gebrauch von Diminutiven, die von *Kahlbaum* als für die Katatonie als eigenthümlich hingestellte Verbigeration und der pathetische Charakter im Benehmen der Katatoniker u. s. f.

Die das katatonische Krankheitsbild ergänzenden somatischen Abweichungen fehlen auch hier nicht. So liessen sich Anästhesie, Cyanose und Oedeme, Störungen in der Kothabsetzung nachweisen, und blieb endlich auch die den Process häufig begleitende Lungentuberculose nicht aus.

Digitized by Google

Ueber eine seltene Form von Neurasthenia sexualis mit Zwangsvorstellungen.

Mitgetheilt von

Prof. **v. Krafft-Ebing.**

Es dürfte kaum ein Zweifel mehr darüber obwalten, dass gewisse von mir 1867 Zwangsvorstellungen genannte formale Störungen des Vorstellens, die äusserst häufig bei Nerven- und Geisteskranken vorkommen, auf Grundlage einer belasteten und zwar meist erblich belasteten Hirnorganisation sich entwickeln. In der ungeheueren Mehrzahl der Fälle besteht als klinische Theilerscheinung der Belastung eine constitutionell neurasthenische Beschaffenheit des centralen Nervensystems und neuerliche Anfälle sowie Exacerbationen dieser Neurose pflegen das Auftreten und zeitweilige Heftigerwerden jener Zwangsvorstellungen zu begleiten.

Ganz besonders häufig beobachtet man das Erscheinen dieser Zwangsvorstellungen bei constitutionell zu Neurasthenien Veranlagten, die durch Masturbation oder erzwungene Keuschheit trotz mächtiger Libido die Neurose zum Ausbruch gebracht haben.

Bekanntlich erscheinen die Zwangsvorstellungen als isolirte elementare psychische Anomalien oder in solcher Massenhaftigkeit und Heftigkeit, dass man geradezu von einem „Irresein in Zwangsvorstellungen“ sprechen kann.

Der Inhalt dieser kann ein sehr verschiedenartiger und wechselnder sein. Immerhin bleibt interessant, dass bei vielen Patienten die Zwangsvorstellungen im Inhalt typisch gleich und überdies stabil sind. Sie bieten in dieser Hinsicht Analogien mit den Primordialdelirien der Paranoiker.

Digitized by Google

Nicht selten haben die Zwangsvorstellungen einen sexuellen Inhalt, aber das Auftreten solcher erotischen Inhalts ist ein nebensächliches gegenüber der Fülle anderwärtiger, nicht das sexuelle Gebiet tangirender, und zugleich ein episodisches, so im Zusammenhang mit menstrualen Vorgängen, temporärer geschlechtlicher Erregung.

In anderen Fällen sind diese sexuellen Zwangsvorstellungen zwar stabile aber isolirte Erscheinungen. Hierher gehört z. B. eine Kranke von *Sander*, die beim Anblick irgend eines Mannes von der Zwangsvorstellung geplagt wird, den Coitus mit ihm gepflogen zu haben. So beobachte ich gegenwärtig eine belastete, im Klimacterium befindliche Bauernfrau, bei welcher allmählich aus ursprünglichen einfachen sacrilegischen Zwangsvorstellungen obscöne, die betr. göttlichen Personen tangirende, Zwangsgedanken sich verbunden haben. Gegenüber solchen Fällen von rudimentärer isolirter oder nur temporärer Zwangsvorstellung verdienen die folgenden eine Sonderstellung. Sie weisen auf eine jedenfalls nicht häufige besondere Form von psychischer Störung in Gestalt sexueller Zwangsvorstellungen hin, die klinisch und diagnostisch alle Aufmerksamkeit verdient.

Das wesentliche somatische Substrat dieser Fälle ist eine in der ganzen Bahn des Genitalnervensystems bis zu seinen hypothetischen Centren im Gehirn bestehende hochgradige Steigerung der Erregbarkeit bei anhaltender Erregung, ein Zustand von reizbarer Schwäche der betr. Centren und Nervenbahnen im Sinne der Neurasthenia sexualis.

Beob. I. Herr A., 36 Jahre, Geschäftsmann, stammt aus belasteter Familie. Von kleiner, schmächtiger Gestalt, spärlichem Bartwuchs, hoher, leicht ins Falsett überschlagender Stimme, macht er durchaus keinen mannhaften Eindruck. Seine Pedanterie schreibt er dem Einfluss der väterlichen Erziehung zu. Seine Schwester sei ebenso pedantisch und grüblerisch wie er.

Bis auf Kinderkrankheiten will er in der ersten Jugend immer gesund gewesen sein. Mit 17 Jahren regte sich bei ihm das Geschlechtsleben. Ohne Verführung gelangte er zur Masturbation, der er jedoch nicht stark fröhnte. Daheim sehr streng gehalten und in übertrieben sittlichen Anschauungen bis zur Pruderie auferzogen, kam er mit jungen Personen des anderen Geschlechts so gut wie gar nicht in Berührung und will erst mit etwa 20 Jahren zur Klarheit über sexuelle Verhältnisse gelangt sein. Mündig

Digitized by Google

geworden, enthielt er sich trotz Libido vom intimen Umgang mit Weibern, wesentlich aus Schüchternheit. Er trieb dafür psychische Onanie mit Hülfe obscöner Bilder, davon er sich eine ziemliche Collection verschafft hatte. Perverse oder conträre Sexualempfindungen hatte er nie. Anlässlich erotischer Träume mit Pollution schwebten ihm die Erinnerungsbilder lasciver Photographien vor. 30 Jahre alt, liess er sich zur Ehe mit einer jungen üppigen Dame bereden.

Anfangs scheute er sich mit seiner jungen Frau ehelich zu verkehren, jedoch empfand er bei intimer Annäherung Erection. Als er seine Schüchternheit überwunden hatte, erkannte er, dass er (psychisch) impotent war. Die Erection blieb bei bezüglichen Versuchen vollständig aus, während erotische Träume oder lascive Photographien, zu denen er seine Zuflucht nahm, sie hervorriefen. Die Ehe wurde unglücklich. Die Ehegatten trennten sich. Herr A. ergab sich neuerlich psychischer Onanie, bekam gehäufte Pollutionen und neurasthenische Beschwerden. Nach $1^1/_2$ jähriger Dauer derselben stellten sich Zwangsvorstellungen ein. Pat. bekam einen krankhaften Ordnungssinn, ertrug es nicht, dass Bücher und Geräthe so und nicht anders lagen, fürchtete beständig in der Führung seiner Bücher Fehler zu machen und war gezwungen, endlos zu rechnen. Ebenso musste er endlos nachsehen, ob er wirklich die Thüre geschlossen, der Schlitz seiner Beinkleider zugeknöpft sei u. dgl.

Nach einigen Wochen nahmen die Zwangsvorstellungen einen fast ausschliesslich sexuellen Inhalt an. Bei Allem, was er sah, selbst dem Gleichgültigsten, fielen ihm sexuelle Beziehungen ein. Beständig schweben ihm in seiner Phantasie Nuditäten im Sinne der obscönen Photographien vor. Berührte er eine Thürschwelle, so hatte er ein Gefühl, als werde er am Penis gezogen.

Nahm er eine Cigarre in die Hand, so kam ihm der Gedanke, es sei ein Penis; eine Zündholzschachtel erinnerte ihn an weibliche Genitalien. Am peinlichsten war es ihm, sich auf den Anstandsort zu setzen oder einen Nachttopf zu berühren. Da kamen die sexuellen Gedanken zu Dutzenden. Obwohl jegliche Libido fehlte und ihn die bezüglichen Situationen geradezu anwiderten, musste er sie ad nauseam durchmachen. Vergebens versuchte er, sich durch Einsamkeit und eifrige Berufsarbeit abzulenken. Kopfdruck, Gedankenhemmung, Reizbarkeit, Aengstlichkeit nahmen immer mehr überhand. Er fühlte sich nervös erregt, hatte oft Herzklopfen, schlief schwer ein vor massenhaften lästigen obscönen Gedanken, träumte nur mehr von lasciven Situationen, hatte häufig Pollutionen, fühlte sich Morgens ganz matt, physisch und psychisch unfähig zur Arbeit.

Da die Hyperaesthesia cerebralis sexualis immermehr überhand nahm und schliesslich sogar gewisse Geräusche sexuell irritirend wirkten, entschloss sich Pat. ärztlichen Rath einzuholen. Schädel normal. Keine anatomische Degenerationszeichen. Reducirte Ernährung. Patellarreflexe gesteigert. Untere Brust- und obere Lendenwirbel druckempfindlich.

Digitized by Google

Verstörte Miene. Pat. klagt über hochgradige sexuelle Hyperästhesie beim Mangel jeglicher Libido, beständigen Zwang, sich mit sexuellen Dingen zu beschäftigen, hochgradige Steigerung der Phantasie und Ideenassociation, sodass das Fernstliegende sexuelle Beziehung gewinne und selbst das Erhabene durch sexuelle Bilder beschmutzt werde.

Er sei unfähig, seine Gedanken zu beherrschen und seinen Berufspflichten nachzukommen. Aufklärung des Pat. über seinen Zustand, psychische Behandlung, eine milde Kaltwassercur, Brompräparate, besonders Natrium bromatum, Camphora monobromata, brachten schon nach wenig Wochen eine merkliche Erleichterung, jedoch bedurfte es noch 5 Monate ruhigen Landaufenthaltes und entsprechender Behandlung, um Pat. von seinen Zwangsvorstellungen zu befreien.

Nach Jahren sah ich Pat. wieder. Er befand sich wohl bis auf leicht neurasthenische Beschwerden. Seine Vita sexualis ruhte.

Beob. II. Herr X., 55 Jahre, Beamter, stammt aus einer Familie, in welcher mehrfach Carcinom und Hirnleiden vorgekommen sein sollen.

Sichergestellt ist, dass des Vaters Vater ein originär geistig abnormer Mann war. Der Vater war seelisch und körperlich gesund, starb 80 Jahre alt an Emphysem. Die Mutter ging an Carcinom zu Grunde.

Ein Bruder des Pat. starb als Paralytiker, ein zweiter an Tumor cerebri, ein dritter zugleich an einer acuten Cerebralaffection mit Delirium. Diese beiden Brüder sollen von jeher geistig nicht normal gewesen sein. Eine Schwester des Pat. litt jahrelang an Verfolgungswahn. Ein Sohn des Pat. bietet eine schwere Form von Neurasthenie.

Herr Z. war von Kindsbeinen auf neuropathisch veranlagt, von timidem, energielosem Charakter. Er ergab sich früh der Masturbation und bot von den Pubertätsjahren ab zeitweise leichte neurasthenische und auch hysterische (Globus, Weinkrampf u. s. w.) Beschwerden.

1872 im Anschluss an dienstliche Aufregungen und viele Gemüthsbewegungen war Pat. cerebrasthenisch geworden. Damals soll ein ganz analoger Zustand von psychosexueller Hyperästhesie mit massenhaften sexuellen Zwangsvorstellungen, zeitweise gesteigert bis zu Visionen, dagewesen sein. Landaufenthalt, laue Bäder, Brom wirkten damals günstig. Nach 1½ Jahren war Pat. genesen und blieb gesund und arbeitsfähig bis zum Frühjahr 1889, wo Gemüthsbewegungen, dienstliche Kränkungen u. s. w. neuerdings ihn schwer neurasthenisch machten.

Das Leiden setzte acut ein mit Kopfdruck, erschwerter Leistungsfähigkeit, geistiger Verstimmung, Congestionen zum Kopf, Schlaflosigkeit, Obstipation. Pat. konnte vor nervöser Erregtheit und Gedankenhemmung sich nicht mehr beschäftigen, war oft ganz verzweifelt über seine Unfähigkeit, trug sich mit Gedanken an Unheilbarkeit, Hirnerweichung und hatte Taed. vitae.

Von körperlichen Beschwerden wurde über wechselndes Kälte- und Hitzegefühl, allgemeine cutane Hyperästhesie geklagt. Pat. war sehr

Digitized by Google

klagsam, entwickelte eine wahrhaft hysterische Leidseligkeit, hatte auch ab und zu anlässlich Erectionen Schütteltremor bis zu leichtem Clonus, Tic convulsif, Globus-Enteralgien.

Dazu gesellten sich nach wenig Wochen Erscheinungen von Erethismus genitalis in Gestalt von Vibriren in den Genitalien, Kitzelgefühl in der Urethra, Erectismus bis zu höchst lästigem Priapismus. Das Gefühl, Genitalien zu haben, drängte sich beständig in lästiger Weise auf. Pat. empfand Hitze, Kriebeln in den Genitalien, sein Penis genirte ihn, er fühlte sich in unangenehmer Weise sexuell erregt, ohne Libido zu haben.

Das Maass seiner Leiden wurde erfüllt durch psychosexuelle Erregung im Sinne von Zwangsvorstellungen. Massenhaft drängten sich ihm lascive Bilder und Vorstellungen auf. Sah er ein Weib, so musste er sich dasselbe nackt vorstellen. Beliebige Gegenstände des täglichen Gebrauchs erregten in ihm Beziehungen obscönen Inhalts, an Alles, was er sah oder las, knüpften sich solche Vorstellungen. Am Einschlafen hinderten ihn Phantasien des schmutzigsten Inhalts und selbst wenn er schlief, hatte er nur Träume von Nuditäten; unter Anderem sah er häufig ein Brautpaar nackt vor dem Traualtar. Er ertrug nicht mehr den Anblick von Weib und Töchtern, versuchte es mit Abschliessung von der Familie, aber da konnte er es vor nervöser Unruhe und Langeweile nicht aushalten.

Zwischen der erregten psychosexualen Sphäre und dem Erethismus genitalis bildete sich ein förmlicher Circulus vitiosus heraus. Die lasciven Bilder im Traum machten ihm Pollutionen mit steigerndem Einfluss auf den Erethismus genitalis und immer ausgesprochenerer Neurasthenia sexualis.

Die sexuellen Zwangsvorstellungen bei Tage vermehrten seine genitalen Beschwerden und Erectionen zu unerträglicher Höhe, sodass Pat. beständig in Erwartung einer gefürchteten Pollution war. Gelegentlich trat eine solche auch bei Tage ein oder aber Pat. beförderte sie in seiner Verzweiflung, wozu ein leichter Druck auf den Penis oder ein Anstreifen an den Kleidern genügte. Dann erfolgte sofort qualvolle Reue, tiefe Verstimmung durch die in Folge der Pollution gesetzte Verschlimmerung des seelischen und körperlichen Befindens. Gelegentlich versuchte er Coitus maritalis, aber ohne Libido und Wollustgefühl, hatte davon auch vorübergehende Erleichterung, um aber dann nur noch mehr zu leiden. Er ververzichtete nun darauf, schickte seine Frau fort. War sie fort, so musste er aber beständig an sie denken und sie zum Gegenstand seiner lasciven Zwangsideen machen. Berief er sie zurück, so reizte ihn ihr Anblick genital und verursachte ihm vermehrte körperliche Beschwerden. Er wurde dann gereizt gegen sie bis zu zornigen Ausbrüchen, was den feinfühligen, seine Frau liebenden, Mann wieder gemüthlich deprimirte. Steigerte sich aus sonst irgend einem Grunde der Erethismus genitalis, so waren Zunahme der sexuellen Zwangsvorstellungen, obscöne Träume mit unausbleiblicher Wirkung im Sinne von Erectismus, Pollutionen durchzumachen.

Digitized by Google

Als ich Pat. im Spätherbst 1889 kennen lernte, war er ein Bild seelischen und körperlichen Jammers. Die Untersuchung ergab ausser sehr labilem Vasomotorium, erheblich reducirter Ernährung, sehr gesteigerten Patellarreflexen, Phosphaturie, Hyperästhesie der äusseren Genitalien und der Urethra nichts Bemerkenswerthes. Es wurde versucht, den Schlaf mit Sulfonal oder Amylenhydrat zu bessern, was auch gelang.

Von genital beruhigenden Mitteln zeigten sich Brom, Antipyrin, Suppositionen von Morphium mit Belladonna nicht ohne Wirkung. Noch besser that Natr. nitricum, von dem Pat. bis zu 5,0 pro die nahm. Laue Bäder, Entfernung von der Frau, hingebende psychische Behandlung hatten einen entschieden wohlthätigen Einfluss. Als Pat. nach 6monatlicher Cur aus der Behandlung schied, war er hinsichtlich seiner corticalen psychischen und peripheren genitalen Beschwerden insofern gebessert, dass er Stunden bis Tage leidlich frei von Zwangsvorstellungen und Erethismus genitalis war, auch die Gesellschaft von Damen wieder ertragen und gelegentlich den Besuch seiner Frau annehmen konnte, aber das war auch Alles.

Im November 1890 sah ich Pat. wieder. Bis vor kurzem war sein Zustand in ländlicher Ruhe, fern von den Angehörigen, ein erträglicher gewesen, namentlich seit sein Arzt sich entschlossen hatte, ihm Morphiuminjectionen zu machen. Sie waren das einzige Mittel, das ihm temporär seelisch und physisch Ruhe verschaffte. Auch fühlte Pat. Erleichterung, wenn er seine Genitalien entblösst hatte.

Seit der im November erfolgten Heimkehr von dem ländlichen Badeorte hatte sich der Zustand des Pat. wieder verschlimmert. Zwar trat der Erethismus genitalis nur mehr spurweise zu Tage, aber die Cerebrasthenie steigerte sich und mit ihr die psychosexuale Heimsuchung. Neben vermehrtem Kopfdruck, geistiger Hemmung und Unfähigkeit, sich zu beschäftigen, Verstimmung und Gereiztheit, Emotivität, nervöser Unruhe, schlechtem Schlaf und hartnäckiger Obstipation, kamen wieder die Zwangsgedanken, sich die weiblichen Personen der Umgebung nackt vorzustellen, sodass er Frau und Töchter meiden musste. Die unschuldigsten Dinge riefen wieder obscöne Associationen hervor, z. B. eine Kerze, Cigarre, Flasche die Vorstellung Penis, ein Trichter, Glas u. s. w. die einer Vulva. Darüber war er oft ganz verzweifelt, zornig, gereizt bis zum Zerreissen von Kleidern. In der letzten Zeit hatten sich auch Sinnestäuschungen eingestellt. Er hörte heftigen Lärm im Kopf, ein Durcheinander schimpfender Stimmen, Bellen, Sieden, wie wenn Dampf aus einer Maschine gelassen wird. Gelegentlich hatte er Visionen von Nuditäten, sah seine Tochter nackt mit einem Messer auf ihn losgehen, sah sich als Leiche, eingesargt. Er erkannte immer sofort diese Hallucinationen. Dabei bestand optische und acustische Hyperästhesie, tactile cutane Ueberempfindlichkeit bei herabgesetzter Schmerzempfindlichkeit. Patellarreflex sehr gesteigert.

Pat. verbrachte den Winter in der Stadt bei seiner Familie. Morphiuminjectionen bis zu 2mal täglich 0,015 verschafften ihm ein erträg-

Digitized by Google

liches Dasein. Die Vita sexualis erschien dadurch ziemlich beruhigt. Auch Coitus in Zwischenräumen von etwa 8 Tagen wirkte nun befriedigend und erleichternd.

Von cerebrasthenischen Beschwerden blieb Pat. nach wie vor sehr belästigt, sodass er seinem Beruf nicht nachgehen konnte.

Im März 1891 endete der bedauernswerthe Kranke in einer Exacerbation seines qualvollen Zustands durch Suicidium.

Beob. III. Frau Z., Kaufmannsgattin, 29 Jahre, mit 11 Jahren schon menstruirt, bisher steril, von neuropathischer Mutter abstammend, consultirte mich am 7. Jan. 1886 wegen „nervöser" Beschwerden.

Sie hatte vom 13. Jahre ab, ohne Folgen zu verspüren, masturbirt, 17 Jahre alt einen luetischen unsympathischen Mann geheirathet. Dieser klagte über sexuelle Frigidität der Frau, Pat. über mangelnde Befriedigung durch den rasch sich vollziehenden und nur selten vom Manne geübten Coitus. Sie will davon jeweils sehr aufgeregt und Tage lang im Anschluss an denselben von obscönen Phantasien belästigt gewesen sein. Anfangs trennte auch Vaginismus den ehelichen Umgang. Es trat eine Endometritis auf, die durch Auskratzen des Uterus erfolgreich behandelt wurde. Unter fortdauernder mangelnder Befriedigung durch den Coitus und durch obscöne Phantasien unterhaltener reger Libido ohne Stillung des Verlangens, da Pat., wie sie versichert, seit der Eheschliessung der Masturbation entsagt hatte (?), entwickelte sich das Krankheitsbild einer Neurasthenia sexualis (Pollutionen, ziehende Schmerzen in Kreuz und Unterextremitäten, Schwäche derselben, Cystospasmus), das sich bald zu cerebrospinaler Neurasthenie (Kopfdruck, Paralgien im Trigeminusgebiet, Spinalirritation, Schlaflosigkeit oder unerquicklicher, von schweren Träumen gestörter Schlaf mit Aufzucken, Erethismus cerebralis bis zu förmlicher Gedankenjagd, nosophobische Gedanken verrückt zu werden, grosser Emotivität, Dysthymie u. s. w.) steigerte.

Auch zeigten sich hysterische Symptome (Globus, Clavus), die jedoch schon seit der Pubertät ab und zu zu Tage getreten waren.

Prämenstrual waren alle diese Beschwerden aufs Höchste gesteigert. Pat. war zu dieser Zeit sexuell aufs Aeusserste erregt, hatte gehäufte Pollutionen mit lebhaftem Wollustgefühl, nicht aber beim Coitus, der ihre Aufregung machtlos steigerte und die obscönsten Phantasien entfesselte, sodass sie jenen thunlichst vermied.

1884 amputirte ein hervorragender Gynäkologe die Clitoris und rieth absolute sexuelle Abstinenz. Darauf steigerte sich die Neuropsychose bedeutend, sowohl im Sinne der körperlichen, als auch der psychischen Störungen. Es kam zu einem förmlichen Erethismus cerebralis, zu massenhaften Zwangsvorstellungen sexuellen Inhalts sowie zu Phantasmen. Besonders arg war es jeweils vor dem Einschlafen. Ein wilder Gedankensturm plagte die Kranke, dabei Unfähigkeit einen Einzelgedanken festzuhalten, mit reactiver Angst und Gefühlen, den Verstand zu verlieren. Sobald sie

Digitized by Google

die Augen schloss, traten Phantasmen von Hunden, Katzen, Pferden, nackten Kindern und Weibern auf, oft in obscönen Posen. Schlief sie endlich ein, so drehten sich ihre Träume fast ausschliesslich um Genitalien, lascive Situationen, Hunde, die mit einander coitirten u. dergl. Auch im wachen Zustand nahmen sie ganz zwangsmässig fast ausschliesslich sexuelle Gedanken in Beschlag. Selbst die entferntesten Dinge riefen obscöne Vorstellungen hervor. Pat. litt darunter sehr und hatte von Halbbädern und grossen Bromdosen, die ihr verordnet wurden, nur geringfügige Erleichterung.

Nach 2jähriger Abstinenz kam es im December 1885 zu einem Coitus maritalis. Pat. hatte lebhaftes Wollustgefühl beim Act und befand sich einen Tag lang darauf von allen ihren Beschwerden befreit. Am 2. Tage stellten sich aber die seelischen und physischen Qualen in vermehrtem Maasse wieder ein — Schmerzen im ganzen Plexus lumbosacralis, heftige Spinalirritation, qualvolle Dysthymie, Kopfdruck mit dem Gefühl verrückt zu werden, schreckliche Aufgeregtheit, massenhafte obscöne Zwangsvorstellungen, gehäufte Pollutionen mit schrecklichen Träumen (Pferde oder Hunde vollzögen an ihr den Coitus), psychische und sensorielle Hyperästhesie.

Von gynäkologischer Seite wurde der Rath ertheilt, Pat. möge sich castriren lassen. Sie konnte sich dazu nicht entschliessen und suchte Hülfe bei mir.

Mittelgrosse, ziemlich genährte, etwas anämische Frau, ohne anatomische Degenerationszeichen. Gynäkologisch keine anatomisch nachweisbare Veränderung der Genitalorgane. Keine Ovarie. Die ganze Wirbelsäule sehr druckempfindlich und auch der Sitz spontaner Schmerzen. Klagen über Kopfdruck, unerquicklichen ungenügenden Schlaf mit obscönen Träumen. Vor dem Einschlafen, aber auch bei Tag, sobald sie die Augen schliesst, die unanständigsten Bilder. Unter Tags beständiger Zwang sich in lasciven Gedanken zu bewegen, wobei die fernstliegenden Dinge die obscönen Vorstellungen wecken. Darüber oft ganz verzweifelt bis zur Angst, verrückt zu werden, und Taed. vitae mit Reizbarkeit, Leutscheu, Verstimmung, Unfähigkeit, die Gedanken zu sammeln.

Psychische und sensorielle Hyperästhenie. Fast allnächtlich Pollutionen. Klagen, dass das ganze Genitale in Aufregung sei. Dieselbe concentrire sich an der (Clitoris) Operationsstelle. Von da aus fühlt sie „heisse Ströme“ bis ins Lendenmark und zurück. Als sie vor einiger Zeit faradisirt wurde, hatte sie ein Gefühl, als ob eine Katze ihr in die Genitalien hineinkrieche. Libido fehlt gänzlich.

Schmerzhaftigkeit der Nn. occipitales und einiger Intercostalbahnen. Gefühle als ob der Kopf von Stein wäre. Seit Jahren fehlt jegliche Secretion der Nasenschleimhaut.

Patellarreflex sehr gesteigert. Landleben, Ruhe wirken günstig. Geringe körperliche Anstrengung steigert das Heer neurasthenischer Be-

Digitized by Google

schwerden, desgleichen kühle Halbbäder. Laue Bäder (25° R.), Brom, Camphora monobromata, Lupulin, Belladonna bringen Erleichterung.

Mehrmonatliche Behandlung mildert die neurasthenischen Beschwerden und die Pollutionen. Auch die sexuellen Zwangsvorstellungen schwinden auf Tage bis Wochen, kehren jedoch menstrual jeweils wieder.

1888 sah ich Pat. neuerlich. Sie hatte inzwischen Monate der relativen Ruhe, aber neuerlich bedeutende Exacerbation. Qualvolle massenhafte sexuelle Zwangsvorstellungen unter Wiederkehr des Heeres neurasthenischer Beschwerden. Mühsam bekämpftes Taed. vitae. Seither sah ich Pat. nicht wieder, hörte aber, dass ihr Zustand sich gebessert habe.

Beob. IV. M., 27 Jahre, Handarbeiterin, hatte ihre Eltern nicht gekannt. Sie ist eine Zangengeburt, hat eine Impression an der l. Schläfe, eine Kyphoscoliose und ganz auf kindlicher Stufe stehen gebliebene Hände. Sie will von schweren Krankheiten verschont geblieben sein, lebte still für sich, war nervös, emotiv, schreckhaft, besuchte nie Tanzunterhaltungen, wurde erst mit 20 Jahren menstrurirt, hatte in der Folge ihre Menses regelmässig und ohne Beschwerden. Nie Fluor. Sie arbeitete bis vor einigen Jahren angestrengt auf der Nähmaschine, nährte sich schlecht, kam körperlich herab und bekam Erscheinungen im Sinne der Neurasthenia cerebrospinalis. Diese Neurose schloss sich an einen ziemlich schweren Gelenkrheumatismus an, zu dem sich im Verlauf Chorea gesellte.

Vor 2 Jahren, ängstlich ohne Ursache — Pat. stellt Masturbation in Abrede — wurde sie von erotischen Erregungen heimgesucht, welche sie bei Tag und bei Nacht marterten. Sie bekam häufige nocturne Pollutionen auf Grund von lasciven Träumen. Auch bei Tag drehte sich ihr Vorstellen ganz zwangsmässig und in peinlicher Weise bis zu Angst und Furcht vor Verstandesverlust um „Alles was zwischen Mann und Weib geschehen kann". Sie musste sich das Alles in der Phantasie vorstellen, obwohl es ihr eklig war.

Diese Störung ihres freien Denkens nahm immer mehr überhand. Wo immer sie etwas las, sah, kamen ihr lascive peinliche Associationen, nicht minder beim Anblick von Männern. Es zwang sie, Solchen auf die Genitalien zu schauen, in ihrer Phantasie sich den sexuellen Act mit solchen zu denken.

Ihre Versuche sich von All dem durch ernste Lectüre und angestrengte Arbeit abzulenken, scheiterten. Bemühte sie sich in dieser Hinsicht, so ging das erotische Zwangsvorstellen erst recht los.

Bald nach Ausbruch dieser Beschwerden stellte sich auch Erethismus genitalis ein — peinliches Rieseln, Hitze, Brennen, Wogen in den Genitalien zugleich mit Drang nach Befriedigung durch Coitus.

In ihrer Qual und in dem Drang, dem drohenden Wahnsinn zu entgehen, sei sie oft im Begriffe gewesen, sich dem nächst besten Manne zum Coitus anzubieten.

Auch die neurasthenischen Beschwerden (Kopfdruck, Spinalirritation

Digitized by Google

gestörter unerquicklicher Schlaf, grosse Mattigkeit, Herzklopfen u. s w.) nahmen immer mehr überhand.

Das Leiden bewegte sich in Remissionen und Exacerbationen. Nur höchst selten kam es zu tageweisen Intermissionen, an welchen Pat., wie von einem Alp befreit, aufathmete. Gewöhnlich geschah dies während des menstruellen Flusses. Prä- und postmenstrual ging es ihr am schlechtesten.

Pat. kam am 19. Jan. 1891 zur Consultation, verstört, fast verzweifelt über die Unerträglichkeit ihres Leidens, das sie sicher noch dem Wahnsinn zuführen werde. Sie erschien als eine höchst decente Person, gestand unter Thränen, dass sie in den letzten Monaten, von heftigem Erethismus genitalis gefoltert, hie und da masturbirt habe, worauf ihre Beschwerden seelisch und körperlich sich aber nur gesteigert hatten. Zum Coitus habe sie sich nicht entschliessen können, so sehr es sie dazu trieb, jedoch sei kein seelischer Reiz zum Manne im Spiel gewesen, sondern nur ein genitaler.

Ob denn noch Hülfe für sie sei? Tag und Nacht sei sie von obscönen Gedanken gepeinigt, müsse sich immer vorstellen, wie sie sich prostituire, dass man ihr Gewalt anthue. Dabei presse, dränge, vibrire und zucke es schrecklich in den Genitalien. Sie sei oft wie wüthend über ihren Zustand, möchte sich dann die Kleider vom Leibe reissen, habe auch Anwandlungen zu Selbstmord. Sie begreife nicht, wie diese Marter über sie gekommen, habe sie doch bis zu ihrer Krankheit nie sinnliche Gedanken gehabt, still für sich gelebt.

Pat. hatte nie Geruchshallucinationen. Die körperliche Untersuchung ergiebt gesunkene Ernährung, Anämie, Schmerzhaftigkeit bei Druck auf die Wirbelsäule, sehr gesteigerte Patellarreflexe, beiderseits Schmerz bei Druck auf die Ovarien. Fluor besteht nicht. Eine genitale Exploration war nicht ausführbar.

Brom, Antipyrin, Natr. nitricum, Monobromcampher, Codein erleichterten vorübergehend die Kranke.

Die vorausgehenden Beobachtungen stellen ein typisches Bild von Neuropsychose dar.

Auf der Grundlage einer fast immer durch sexuell schädigende Momente bei vorhandener Belastung hervorgerufenen neurasthenischen Neurose, mit vorwaltenden Erscheinungen von Neurasthenia sexualis, entwickeln sich Zwangsvorstellungen, deren Inhalt durch die mächtige Erregung, in welcher die gesammte psychosexuale Bahn sich befindet, ein ausschliesslich erotischer ist. Bei wenig anderen Bildern von psychischer Störung durch Zwangsvorstellungen lässt sich die neurasthenische klinische Grundlage und der specielle Inhalt jener auf Grund körperlicher Anomalien so deutlich nach-

Digitized by Google

weisen, wie gerade hier, wo centrale psychische und periphere somatische Vorgänge als Theilerscheinungen eines klinischen Ganzen zu Tage treten und eine Wechselwirkung auf einander ausüben.

Die Schwere dieses Krankheitszustandes ergiebt sich deutlich aus den obigen Beobachtungen. Sie wird einigermaassen begreiflich aus der intensiven Belastung dieser Fälle, welche, analog denen von sexueller Paranoia, die äussersten Entwickelungsformen der sexuellen Neurose in der Richtung psychischer Degeneration darstellen.

Sie erscheinen damit in grellem Gegensatz zu den Alltagsfällen von einfacher Sexualneurose, die den Rahmen der Lendenmarkneurose nicht zu überschreiten pflegt, und auch zu den Uebergangsfällen milder Belastung, in welchen sich aus der genitalen Neurose zuvor eine Neurasthenia universalis entwickelt, aber die Psyche bis auf nosophobische oder selbst hypochondrische reactive Betheiligung ungeschädigt bleibt.

Aus dem qualvollen seelischen Zustand der von cerebralem und genitalem Erethismus sexualis heimgesuchten Individuen erklärt sich ihr mächtiges Taedium vitae, das in allen dargestellten Fällen in unheimlicher Weise sich manifestirt, in einem zur Katastrophe führte und die Behandlung derartiger Unglücklicher in ambulatorischer Behandlung und in freien Sanatorien zu einer höchst schwierigen macht.

Diese Zustände von psychosexuellem Erethismus mit erotischen Zwangsvorstellungen könnten bei oberflächlicher Betrachtung mit solchen von chronischer Nymphomanie verwechselt werden. Für die Diagnose entscheidend lässt sich anführen, dass die Libido sexualis bei jenen fehlt, etwaige Dränge zu geschlechtlicher Befriedigung nur gelegentlich aus dem übermächtigen Erethismus genitalis hervorbrechen, aber seelisch unbetont bleiben. Ueberdies fasst das Bewusstsein des Kranken diese Zustände als krankhaft auf und empfindet den sexuellen Erethismus in peinlichster Weise. So erklärt es sich, dass, analog wie bei anderen Fällen von Zwangsvorstellung, das bezügliche Vorstellungsgebiet ängstlich gemieden, bezüglichen Erregungen aus dem Wege gegangen wird, während Nymphomanische, da ja ihre erotischen Vorstellungen mit Lustgefühlen betont sind, das gegentheilige Verhalten aufweisen. Auch in therapeutischer Hinsicht ist diese Thatsache belangreich

Digitized by Google

und erklärt sie die geradezu schädliche Wirkung, welche Coitus und Masturbation auf den seelisch-körperlichen Zustand ausüben. Es muss deshalb therapeutisch als ein Missgriff bezeichnet werden, wenn derartigen Kranken sexueller Umgang empfohlen wird.

Fernhaltung von Allem, was sexuell irritirend wirkt, entsprechende körperliche und geistige Diätetik kann allein am Platze sein. Auch locale Einwirkungen ad Genitalia, speciell gynäkologische Eingriffe und Operationen können keinen Nutzen, eher Schaden bringen, wie dies Beob. 3, in welcher Clitoridectomie gemacht wurde, erweist. Ebenso wenig lässt sich von Castration etwas erwarten, denn es handelt sich ja hier nicht um eine genitale und reflectorische Neurose, sondern um eine allgemeine Affection des Nervensystems und zwar vorwiegend des centralen.

Bezüglich der Hydrotherapie sind Halb- und kühle Sitzbäder nicht vortheilhaft. Laue 24—25° R. Vollbäder bringen öfters Erleichterung.

Von medicamentösen Mitteln lässt sich Einiges vom Gebrauch der Brompräparate, der Camphora monobromata (am besten in Suppositorien) von Antipyrin, Belladonna, Natr. nitricum erwarten.

Am wirksamsten erweist sich Morphium gegen den Erethismus psychosexualis, und in verzweifelten Fällen wird man, Angesichts der Qualen dieser Kranken und ihres Taed. vitae, selbst um den Preis eines möglichen Morphinismus, zu dieser Medication sich entschliessen dürfen.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

47. ordentl. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 13. Juni 1891 in Bonn.

Anwesend die Mitglieder: *Albers*, *Brie*, *Brosius*, *v. Ehrenwall*, *Eickhoff*, *Erlenmeyer*, *Gudden*, *v. d. Helm*, *Hoestermann*-Andernach, *Hoestermann*-Boppard, *Kühlwetter*, *Levison*, *Liebmann*, *Longard*, *Noetel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Rosenthal*, *Schmitz*, *Schulz*, *Sioli*, *Thomsen*, *Tigges*, *Umpfenbach*, *Winckler*. Entschuldigt: *Hertz*, *Ideler*. Als Gäste: *Alzheimer*-Frankfurt a. M., *Bartels*-Kaiserswerth, *Fervers*-Grafenberg.

Der Vorsitzende, Geh.-Rath *Pelman*, eröffnet die Sitzung und giebt zunächst Kenntniss von einem Antwort-Telegramm *Jolly*'s, welches s. Z. auf den Glückwunsch des Vereins zu seiner Ernennung als Professor der Psychiatrie zu Berlin eingegangen war. Sodann fordert er die Mitglieder zu regem Besuch der Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte auf, welche am 18. und 19. September d. J. in Weimar stattfinden soll.

Der Verein beschliesst, auf eine Anregung *Oebeke*'s, den Vorsitzenden zu beauftragen, bei der Redaction der Allgemeinen Zeitschrift dahin vorstellig zu werden, dass die Sitzungs-Protocolle des Vereins früher abgedruckt werden möchten, als bisher. Zu diesem Zwecke soll das Protocoll nach jeder einzelnen Sitzung der Redaction eingesandt werden, während dies bisher erst nach mehreren Sitzungen geschah.

Dr. *v. Scheele*-Bonn wird per Acclamation als Mitglied aufgenommen.

Es folgen dann die Vorträge.

1. *Schmitz*-Bonn: Zur englischen Irrengesetzgebung.

Er sprach zuerst über die älteren englischen Irrengesetze und ging dann über zu dem neuen „An Act to consolidate certain of the Enactements respecting Lunatics", welches am 1. Mai 1890 in Kraft getreten ist. Unter Anführung der einzelnen Bestimmungen wies Vortragender nach, dass dasselbe keineswegs eine „Amendement Bill", eine Verbesserung des früheren Irrengesetzes, vielmehr der ganze Tenor desselben der sei, zu verhindern, dass gesunde Menschen aus unlautern Motiven als geisteskrank in Irrenhäuser, speciell in die „berüchtigten licene houses" (Privathäuser

Digitized by Google

mit 2—3 Geisteskranken) gesperrt würden, und dass das ganze Gesetz, wie die „medico-psychiological Association" in ihrem Memorandum zu dem Gesetzentwurfe „observations and suggestions on the Lunacy Acts Amendement Bill" treffend gesagt habe, eher dazu angethan sei, den Geisteskranken zu schaden als zu nützen, welches letztere doch das erste und letzte Princip eines solchen Gesetzes sein müsste. (Der Vortrag wird an anderer Stelle zum Abdruck kommen.)

In der Discussion macht *Pelman* darauf aufmerksam, dass sich bei allen Irrengesetzen die Neigung geltend mache, die Aufnahme mit Schwierigkeiten zu umgeben, um eine willkürliche Freiheitsberaubung unmöglich zu machen. Der Unterschied in der Auffassung zwischen Juristen und Psychiater trete nach wie vor grell hervor und Alles, was von unserer Seite geschehe, bleibe ohne Erfolg. Es sei dies traurig, aber wir müssten mit diesen Verhältnissen rechnen. Auch die vorliegende angebliche Verbesserung des englischen Irrengesetzes sei hierfür ein weiterer Beweis und das Misstrauen gegen die Aerzte sei überall deutlich ausgesprochen.

2. *Erlenmeyer*, Ueber eine durch congenitale Syphilis bedingte Gehirnerkrankung.

Seit einigen Jahren bin ich auf einen durch Gehirnerkrankung bedingten Symptomencomplex aufmerksam geworden, der in mehrfacher Beziehung bemerkenswerth und der Mittheilung werth erscheint.

Ich habe deshalb, als mir der verehrte Vorsitzende unseres Vereins die Bitte vorlegte, bei der heutigen Versammlung einen Vortrag zu halten, nicht gezögert diese Bitte zu erfüllen und will meinen Mittheilungen die erwähnten Beobachtungen zu Grunde legen.

Das zu beschreibende Krankheitsbild habe ich bis jetzt fünfmal gesehen, und nur bei Personen jugendlichen Alters; dreimal bei Knaben im Alter von 12, 15 und 16 Jahren, zweimal bei Mädchen von 15 und 16 Jahren.

Alle fünf Patienten traten in meine Behandlung wegen Epilepsie. Bei allen war leicht festzustellen, dass sog. *Jackson*'sche Epilepsie vorlag, die nur in einseitigen Extremitätenkrämpfen bestand. Aber die körperliche Untersuchung ergab einen Befund, der den der *Jackson*'schen Epilepsie an Bedeutung übertraf: Ebendieselben Extremitäten, die von den Krämpfen befallen wurden, waren in ihren Grössenverhältnissen kleiner als die der anderen Körperhälfte. Ich fand Armverkürzungen bis zu 3 cm, Beinverkürzungen bis 2 cm. Die Differenzen im Umfange betrugen in maximo am Oberarm 2,5 cm, am Oberschenkel 3,0 cm.

Die Motilität dieser verkürzten und dünneren Extremitäten war normal. Weder eine Parese, noch ein spastisches Verhalten bestand. Durch die elektrische Prüfung habe ich nie abnorme Muskel- resp. Nerven-Muskelreaction nachweisen können. Die kranken Extremitäten waren im Allgemeinen schwächer als die gesunden, was besonders auffiel bei dem verkürzten und dünneren linken Arm, was ich 3 mal beobachtete.

Digitized by Google

Im Gegensatz zu der normalen Motilität fand ich eine gewisse Hypästhesie, und zwar vornehmlich kinästhetischer Natur, also eine Beeinträchtigung des Localisationsgefühles, eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung des Bewusstseins über die Lage der Glieder und über die Belastung mit Gewichten.

Einmal fand ich bei einem Knaben von 16 Jahren eine deutliche Hemiatrophie der Zunge, Ptosis und leichte Gesichtsatrophie auf derselben Seite, auf welcher die Extremitäten erkrankt waren. Bei einem 15jährigen Mädchen sah ich ebenfalls auf der kranken Seite eine Facialisparese. Sonstige motorische, sensible und trophische Nervenstörungen habe ich bei den 5 Knaben nicht aufgefunden.

Die Anamnese ergab, dass die Kranken im ersten oder in den ersten Lebensjahren von einer fieberhaften Erkrankung befallen worden waren, nach welcher sich die epileptischen Anfälle eingestellt haben, sei es, dass sie gleich in voller Ausbildung auftraten, sei es, dass sie sich nach und nach entwickelten. Die Art dieser fieberhaften Erkrankung in den ersten Lebensjahren konnte nur in einem Falle durch hausärztliche Erklärung als Gehirnentzündung festgestellt werden, ich glaube aber nicht fehl zu gehen, wenn ich für die übrigen Fälle dasselbe annehme. Wenn mit aller Bestimmtheit von den Angehörigen Symptome beschrieben werden, wie Zähneknirschen, Schielen, Nackensteifigkeit; wenn ferner mitgetheilt wird, dass auf ärztliche Verordnung der Kopf mit Eisbeuteln, oder, nach dem er rasirt war, mit Emplastr. cantharidum bedeckt wurde, dann ist die Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer Meningitis mit Periencephalitis wohl gestattet.

Die Verkürzung und Verschmächtigung der einseitigen Extremität dürfte wohl als Wachsthumshemmung aufzufassen, und diese wiederum auf eine Entwicklungshemmung der zugehörigen Rindencentren zurückzuführen sein. Eine derartige Entwicklungshemmung der Rindencentren in ursächliche Verbindung zu setzen mit einem entzündlichen Process, der vielleicht in den Gehirnhäuten begonnen und auf die Gehirnsubstanz übergegriffen hat, scheint mir keinen Schwierigkeiten zu begegnen. Um so eher scheint mir das zulässig, als die in der Entwicklung zurück gebliebenen Extremitäten von Convulsionen befallen sind, denn es ist uns durchaus geläufig, dass unilaterale Convulsionen in der allergrössten Mehrzahl der Fälle von der Hirnrinde aus ausgelöst werden.

Welche anatomische Veränderung bei den 5 beobachteten Fällen in der Hirnrinde vorliegt, entzieht sich natürlich einer bestimmten Beurtheilung. Am meisten wahrscheinlich für die Entwicklungshemmung der Centren scheint mir eine Art oder ein gewisser Grad von Atrophie.

Für die therapeutischen Bestrebungen ist die Beantwortung der Frage von Bedeutung, ob in dieser atrophischen Rindenveränderung allein der Reiz zu suchen ist, welcher für die Auslösung der epileptischen Convulsionen angenommen werden muss, oder ob es dazu noch eines weiteren pathologischen Reizes bedarf. Ich muss gestehen, dass mir die

Digitized by Google

Annahme einer Doppelwirkung der in ihrer Entwicklung aufgehaltenen Rindencentren, nämlich Wachsthumshemmung der zugehörigen Extremitäten und epileptische Convulsionen derselben nicht recht sympathisch ist, weil ich mit dem Begriffe der centralen Atrophie den der peripheren Lähmung zu verbinden gewohnt bin und nicht den von Krämpfen. Bei den gewöhnlichen *Jackson*'schen Krämpfen in normal entwickelten Extremitäten liegt die Sache ja auch so, dass das zugehörige erkrankte Rindencentrum in einem Reizungszustand sich befindet, wie z. B. bei syphilitischem Gumma, bei solitärem Tuberkel, bei Knochensplitter. Ich gebe daher der weiteren Annahme eines meningitischen Exsudates, welches die atrophischen Rindencentren reizt und dadurch die Krämpfe in den zugehörigen Extremitäten auslöst, den Vorzug. Auf dieser Annahme habe ich in den beiden letzten Fällen, die mir zur Behandlung kamen, die Prognose dahin formulirt, dass es durch eventuelle Resorption des mening. Exsudates möglich sei, die *Jackson*'schen Convulsionen zu beseitigen, während die Verkürzung der Extremitäten unveränderlich bleibe. Der Erfolg der Behandlung hat wenigstens in einem Falle die Vorhersage bestätigt. Dabei bin ich mit grossen Dosen Jodsalzen in Verbindung mit Soolbädern ausgekommen; ein operativer Eingriff scheint mir dabei eventuell nicht ohne Aussicht zu sein.

Wenn ich mich nun der Ursache des geschilderten Krankheitsbildes zuwende, so genügt die Thatsache vollkommen, dass die Patienten in ihrer ersten Jugend von einer fieberhaften Erkrankung befallen gewesen waren, die aller Wahrscheinlichkeit nach eine Gehirnentzündung gewesen ist. Die vorhandenen Symptome als Folgezustand dieser Gehirnentzündung aufzufassen und zu erklären, das begegnet absolut keinen Schwierigkeiten.

Ich bin indessen noch einen Schritt weiter zurückgegangen und habe klarzustellen versucht, welcher Art diese Gehirnentzündung gewesen, wodurch sie entstanden ist. War sie eine gewöhnliche Meningealreizung wie sie bei dem Durchbruch der Zähne häufiger beobachtet wird? War sie tuberculöser Natur? Hatte ein Trauma eingewirkt? Nichts von dem traf zu. Dagegen konnte ich in drei Fällen die ausserordentlich bemerkenswerthe Thatsache feststellen, dass der Vater der Patienten vor seiner Verheirathung syphilitisch war. Damit wird für diese 3 Fälle die sehr richtige Frage aufgeworfen, ob der geschilderte Symptomencomplex ursächlich auf einen congenital-syphilitischen Gehirnprocess zu beziehen ist. Für die Beantwortung dieser Frage habe ich wichtiges Material beigebracht. Zwei dieser Patienten, 2 Knaben, waren Erstgeburten, aber zweite Früchte, d. h. der normal beendeten Schwangerschaft, durch welche diese Kinder ausgetragen wurden, war ein Abortus vorhergegangen, dem ja bekanntlich in der Lehre der congenitalen Syphilis eine hohe Beweiskraft innewohnt. Für alle drei Kinder habe ich ferner und zwar zweimal durch hausärztliche Mittheilung, einmal durch Erklärung der Eltern die einwandfreie Anamnese erheben können, dass bei

Digitized by Google

der Geburt bez. in den ersten Lebensjahren Symptome von cong. Syph. zur Beobachtung gekommen sind. Danach stehe ich nicht an, für diese 3 Fälle das geschilderte Krankheitsbild als Folgezustand congenitaler Syphilis aufzufassen, hervorgerufen durch eine syphil. Meningitis resp. Periencephalitis.

Für die beiden andern Patienten ist mir der Nachweis syphilitischer Aetiologie nicht gelungen, ich muss aber ausdrücklich betonen, dass auch das Gegenteil nicht erwiesen ist. Die Väter der Patienten waren nicht mehr am Leben, die Namen der Aerzte, welche die Kinder bei der Geburt resp. in der ersten Lebenzeit gesehen hatten, waren nicht zu erfahren. Bei dem einen Mädchen fand ich bei der Untersuchung eine Perforation des Trommelfelles und erfuhr von der Begleiterin, dass früher ein eitriger Ausfluss aus dem Ohre bestanden haben soll, der nach vielen vergeblichen Curen durch Jodoformbehandlung beseitigt worden sei. Die Möglichkeit, dass auch in diesem Falle Syphilis vorlag, ist mithin nicht ganz von der Hand zu weisen, doch nehme ich es, wie gesagt, nicht als erwiesen an.

Der beschriebene Zustand erinnert ohne Zweifel an die sog. cerebrale Kinderlähmung, er unterscheidet sich aber wesentlich von ihr dadurch, dass bei ihm absolut jede Lähmung und jede Contractur fehlt. Trotzdem kann ich mich des Gedankens nicht ganz erwehren, dass beide Krankheitsbilder doch nur graduell von einander verschieden sind, und dass der Ausschlag für die eine oder für die andere Form nur gegeben wird von der Ausdehnung der cerebralen Läsion. Bei beiden Formen ist der Beginn manifestirt durch eine entzündliche cerebrale Erkrankung; bei der schwereren Form, der sog. Kinderlähmung, kommt es zu plötzlicher Hemiplegie, zu epileptischen Convulsionen in den gelähmten Gliedern, dann zu Wachsthumshemmung und spastischen Contracturen, während bei der milderen Form, die ich Ihnen heute vorgetragen habe, die Lähmung und die Contracturen ausbleiben. Ist da die Vorstellung nicht gestattet, dass der cerebrale Herd bei den schwereren Fällen über die Rinde hinaus auf die weisse Substanz übergegriffen hat, und dass grade die plötzliche Hemiplegie und die Contractur durch die Betheiligung der Leitungsbahnen entstanden ist, während er bei der leichteren Form auf die Rinde beschränkt blieb?

Wie dem aber auch sei, die Aehnlichkeit beider Formen bleibt unverkennbar, und durch meine Beobachtungen gewinnt die Beziehung der Syphilis zur cerebralen Kinderlähmung ganz gewiss eine höhere Bedeutung. Die Aetiologie der cerebralen Kinderlähmung ist noch dunkel. Einzig sicher gestellt als Ursache ist das Trauma. Die Behauptung mancher Lehrbücher, dass die cerebrale Kinderlähmung infectiöser Natur sei, weil sie zuweilen nach Scharlach auftritt, ist durch nichts bewiesen. Auch die Beziehung der Syphilis zu ihr war bisher problematisch. Aber meine heutigen Mittheilungen sind vielleicht gerade geeignet auf dieses ätiologische Moment, auf die Syphilis als Ursache der cerebralen Kinderlähmung ein helleres

Digitized by Google

Licht zu werfen, und die fernere Beobachtung von cerebraler Kinderlähmung wird vielleicht häufiger als bisher die Syphilis als Ursache zu Tage fördern. Dabei darf eins nicht vergessen werden, nämlich, dass eine latente congenitale Syphilis durch eine fieberhafte Erkrankung manifest werden kann, dass also das Auftreten einer cerebralen Kinderlähmung nach einem Scharlachfieber oder einer anderen infectiösen Erkrankung doch noch eine andere Bedeutung haben kann als die, acut infectiöser Natur zu sein; sie kann eben die Manifestation einer bis dahin latent gewesenen congenitalen Syphilis vorstellen.

Die Bedeutung meiner Mittheilungen liegt meines Erachtens in erster Linie im Symptomenbilde. Während bisher nur die schweren Formen cerebraler Kinderlähmung bekannt waren, habe ich gezeigt, dass es auch Fälle giebt ohne Lähmung und Contracturen, Fälle bei denen die Entwicklungshemmung und epileptischen Convulsionen im Vordergrund des Symptomenbildes stehen. Ich fasse beide Formen nur als graduell verschieden auf, bedingt durch verschiedene Ausdehnung des cerebralen Herdes. — Eine weitere Bedeutung glaube ich in dem Nachweis der congenitalen Syphilis als Krankheitsursache zu finden. Es ist ganz selbstverständlich, dass nicht die organische Qualität des cerebralen Heerdes den Typus des Krankheitsbildes hervorbringt, sondern dass letzteres allein abhängig ist von der Localisation und Ausdehnung der Rindenerkrankung. Es kann also sehr wohl ein gleiches oder ähnliches Symptomenbild durch eine nicht syphilitische Rindenläsion ausgelöst werden. Aber die weitere Erfahrung wird zeigen, dass die congenitale Syphilis dabei eine grössere Rolle spielt, als man bis jetzt angenommen hat.

Zur Discussion erwähnt *Thomsen*, dass in Fällen von cerebraler Kinderlähmung Processe im Marklager (Porencephalie) beobachtet seien. In ganz ähnlichen Fällen, wie in denen *Erlenmeyer*'s, sah er meist Parese wenigstens nach den Anfällen (*Jackson*'sche Epilepsie). In einem Falle waren die leichten Anfälle halbseitig von Parese gefolgt, die schwereren doppelseitig, das Bewusstsein dann aufgehoben. Der anatomische Befund in diesem Falle war negativ.

Erlenmeyer: Auch nach den epileptischen Anfällen wurden keine Bewegungsstörungen in den befallenen Extremitäten beobachtet.

Oebeke frägt, ob nicht etwa einer der Patienten inzwischen gestorben und eine Section gemacht worden sei, und theilte dann weiter aus dem Gedächtniss einen Fall von *Jackson*'scher Epilepsie mit Parese in den rechten Extremitäten und Aphasie ohne Betheiligung des r. Nerv. facial. mit, der von dem Hausarzte auf hereditäre Syphilis (seitens des Vaters) bezogen wurde, da nie eine Infection stattgefunden hatte und noch andere als syphilitisch zu deutende Symptome vorhanden waren und Jodkalium und Mercur günstig gewirkt hatten. Auch in diesem Falle zeigten sich links (auf der gesunden Seite) Rumpf und Extremitäten stärker entwickelt als rechts. Die Section ergab eine Verwachsung der Hirnhäute mit der

Digitized by Google

Rinde etwa markstückgross an der Wurzel der hinteren Centralwindung und der oberen Parietalwindung links mit Verdünnung der Rinde; unter dieser ein pflaumengrosser Hohlraum in der Markmasse, welcher durch eine runde Oeffnung mit dem Hinterhorn des linken Seitenventrikels, der erweitert, communicirte (cf. Berliner klin. Wochenschr. 1880 No. 31 u. 37).

Erlenmeyer bemerkt dazu, dass bis jetzt keiner der Patienten gestorben, der älteste männliche Patient aber im vorigen oder vorvorigen Jahre wegen Armverkürzung vom Militärdienst befreit worden sei.

3. *Tigges*: Zur Theorie der Hallucinationen.

1. Hallucinationen im Sinnesgebiet.

Das wesentlichste Moment bei den Hallucinationen ist die gesteigerte Erregbarkeit der Sinnescentren. *Meynert* u. A. localisiren dieselben in die subcorticalen Centra. Dagegen zeigen *Munk*'s physiologische Versuche und klinische Data, dass nach Abscheidung der subcorticalen Centra von der Grosshirnrinde durch sensorielle Reizung keine Aeusserung von Wahrnehmung, keine willkürliche Abänderung von Bewegungen erfolgt. Ferner sind in diesem Fall noch Hallucinationen mit sinnlichem Inhalt und Phantasie- (Erinnerungs-) Vorstellungen möglich. Als Sitz der Hallucinationen ist daher die Grosshirnrinde anzunehmen.

Grob anatomische Störungen der Grosshirnrinde begünstigen im Allgemeinen nicht ausgebildete Hallucinationen. Sie scheinen eher den Organismus der Wahrnehmung zu zerstören, als jene molecularen Vorgänge zu beeinflussen, an die normale Sinneswahrnehmungen und Hallucinationen gebunden sind. Doch liegen Hallucinationen bei Rindenherden vor.

Eine Hallucination ist, wie die normale Wahrnehmung, nur durch ihre Beziehung zum gesammten Bewusstseinsinhalte zu begreifen. Auf der einen Seite geht eine durch örtliche Reizung des Sinnescentrums nach den vorliegenden Dispositionen entstandene Hallucination zahlreiche Associationen ein, verschmilzt mit den Kategorien von Erinnerungsbildern gleicher oder ähnlicher Wahrnehmung etc. Auf der andern Seite tritt sie als das Resultat innerlich bedingter Gedankengänge auf, indem sie ihre sinnliche Qualität als Hallucination durch die gesteigerte Erregbarkeit des Sinnescentrums erhält. Durch die Natur des kranken Bewusstseinsinhaltes und der erregenden Vorstellungen erhält die Hallucination auch den Charakter des Zwangsmässigen und Fremdartigen.

Ausser der gesteigerten Erregbarkeit des Sinnescentrums kann bei der Hallucination eine solche der peripheren Sinnesbahn vorhanden sein. Als Kriterien derselben fallen vorzugsweise ins Gewicht die Zeichen von Erkrankung des betreffenden Sinnesorgans und das Voraufgehen und die Begleitung elementarer Sinnesempfindungen. Einen relativen Werth haben das Auftreten und Verschwinden der Hallucinationen bei Verschluss des Sinnesorgans, die Einseitigkeit der Hallucinationen und bei Gehörshallucinationen das Vorhandensein von Sensationen in dem betreffenden Ohr.

Digitized by Google

Die stabile und die im Sehfeld sich bewegende Hallucination finden sich auch bei centralem Sitz.

Einige Thatsachen sprechen dafür, dass bei rein central bedingten Hallucinationen ein centrifugales Mitschwingen in der peripheren Bahn bis zum Sinnesorgan stattfinden kann, doch bedarf die Sache noch weiterer Aufklärung.

2. Hallucinationen im Bewegungsgebiet.

Eine Bewegung wird im normalen Zustande hervorgerufen durch einen sensiblen Factor, der ein Bedürfniss ausdrückt, das Streben erzeugt, ein Lustgefühl herbeizuführen oder ein Unlustgefühl abzuhalten. Erreicht dies Gefühl eine genügende Intensität, so findet von den sensiblen Rindenzellen aus, als der Grundlage desselben, eine Ueberarbeitung statt zu den motorischen Ganglienzellen und von hier aus Auslösung der Bewegung, welche Auslösung als motorische Innervation, Willensimpuls empfunden wird. Dieser psychische Impuls steht in derselben Beziehung zu den andern Functionen des Associationsapparats als die sensible und sensorielle Empfindung: Die Handlungen, welche eine zweckmässige Coordination von Innervationen enthalten, entsprechen den vollkommenen Sinneswahrnehmungen. So wie letztere Erinnerungsbilder hinterlassen, die Vorstellungen, so die ersteren die Bewegungsvorstellungen, welche demnach, nach der Analogie der sinnlichen Erinnerungsbilder, keine Bewegung erzeugende Kraft haben können.

Die kinästhetischen Empfindungen treten als Folgeerscheinungen der Bewegungen auf, welche das Bewusstsein über den Erfolg der Innervation unterrichten, regulirend wirken etc., und mit ihr synthetisch zu einer Gesammtbewegungsempfindung verschmelzen. Eine gesteigerte Erregbarkeit und wirkliche Erregung des motorischen Rindencentrums — dessen Function die Innervation ist — aus krankhafter Reizung führt zu spontan ausgelösten Bewegungsimpulsen, welche analog wie bei den sensoriellen Hallucinationen ihren Inhalt rückwärts aus bewussten und unbewussten Vorstellungen erhalten oder ihrer Art und Richtung nach ergänzen. Diese sind also die Hallucinationen der psychomotorischen Centra.

Abnorme Bewegungen können auch von einem abnormen Gefühlsfactor, Vorstellungen, kinästhetischen Empfindungen ausgehen, nachgewiesen an Melancholikern.

Mit einer grösseren oder geringeren Wahrscheinlichkeit können auf abnorme Reize in den motorischen Centren bezogen werden: Maniakalische Zustände, manche Zustände acuten Wahnsinns, impulsives Irrsein, manche Erscheinungen des epileptischen Automatismus, Zwangsreden bei Paranoia, Zwangsbewegungen und -Handlungen, katatonische Haltungen und Bewegungen.

Cramer nimmt krankhafte Veränderungen der centripetalen Bahn der Sprachmuskelgefühle an als Erklärung der innern Stimmen, der Zwangsvorstellungen, des Zwangsredens, des Gedankenlautwerdens. Gegen die

Digitized by Google

Allgemeingültigkeit der *Cramer-* (bez. *Stricker-*)schen Anschauungen erheben sich folgende Einwände: Die Vorstellungen über Objecte der höhern Sinne sind vielfach anschaulich ohne Wortvorstellungen. Bei den in Frage kommenden Wortvorstellungen liegt kein Grund dafür vor, die krankhaften Erregungen der Sprachmuskelgefühle der centripetalen Bahn vor denen der centrifugalen motorischen Articulation zur Erklärung zu bevorzugen, nachgewiesen an den innern Stimmen und Zwangsvorstellungen. Das sensorische Wortcentrum ist gleichermaassen wichtig wie das motorische, nachgewiesen an dem Verhalten kleiner Kinder etc., sowie bei corticaler motorischer Aphasie. Die Wort-Wahrnehmung und -Hallucination ist als selbstständige Function des acustischen Wortcentrums aufzufassen.

Bei erreichter Entwickelung hat man als den Sitz der Innervationen der Willensimpulse die Grosshirnrinde anzusehen. (Der Vortrag ist ausführlich in diesem Hefte erscheinen.)

4 Dr. *Alzheimer*-Frankfurt a. M.: Ueber einen Fall von spinaler progressiver Muskelatrophie mit hinzugetretener Erkrankung bulbärer Kerne und der Rinde.

Der Kranke, ein 33jähriger Kaufmann, hereditär nicht belastet, zeigte zuerst im Jahre 1879 Symptome einer spinalen, progressiven Muskelatrophie. 1881 aquirirte er ein Ulcus durum. Nachdem gegen Ende 1889 die Erscheinungen der spinalen Erkrankung sehr rasch fortgeschritten waren, trat im Februar 1890 eine acute Psychose unter dem Bilde einer schweren Verwirrtheit auf, und 8 Tage nach Beginn der psychischen Erkrankung erfolgte der Tod unter den Erscheinungen von Hirnlähmung.

Bei der Sectiou zeigten sich nur sehr geringe Veränderungen am Gehirn und seinen Häuten, dagegen ergab die mikroskopische Untersuchung, neben den für die spinale progressive Muskelatrophie charakteristischen Veränderungen im Rückenmark, eine Erkrankung von Kernen der Medulla und eine verbreitete Atrophie von Ganglienzellen der Hirnrinde. Die pathologischen Veränderungen in der Medulla, die im Wesentlichen die motorischen Kerne freiliessen, hatten besonders die unmittelbar unter dem Boden der Rautengrube gelegenen Zellhaufen, also den hinteren Vagus-, den äusseren, inneren und vorderen Acusticuskern, die Zellen der Eminentia teres betroffen und daneben fand sich in der Umgebung eine dichte kleinzellige Infiltration und sehr schwere Veränderungen an den Gefässen. In der Rinde fanden sich überall, besonders im Gebiete der Centralwindungen und des Stirnhirns, hauptsächlich in der dritten Schichte sehr zahlreiche degenerirte Zellen. Dagegen boten die Gefässe wie die Glia keine bemerkenswerthen Veränderungen. Für die Erkrankung der Medulla dürfte möglicherweise die Lues als ätiologisches Moment herangezogen werden. Die Erkrankung der Rinde unterscheidet sich klinisch und anatomisch wesentlich von der Paralyse.

Digitized by Google

Der Vortrag wurde durch Zeichnungen und Demonstration mikroskopische Präparate erläutert. (Ausführliche Mittheilung im Archiv für Psychiatrie.)

Als Zeitpunkt der nächsten Sitzung wird der 14. November 1891 bestimmt. *Oebeke.*

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 54. Sitzung zu Breslau am 2. December 1890.

Anwesend die Herren: *Adler*-Breslau, *Alter*-Leubus, *Dornblüth*-Bunzlau, *Freund*-Breslau, *Gräupner*-Breslau, *Gubitz*-Breslau, *Hahn*-Breslau, *Kahlbaum*-Görlitz, *Kemmler*-Breslau, *Kiefer*-Görlitz, *Lasch*-Bunzlau, *Lissauer*-Breslau, *Mann*-Breslau, *S. Meyer*-Breslau, *Moeller*-Bunzlau, *Petersen*-Brieg, *Rosemann*-Breslau, *H. Sachs*-Breslau, *Schubert*-Leubus, *Schwahn*-Breslau, *E. Stern*, *R. Stern*-Breslau, *Strauscheid*-Kreuzburg, *Wefers*-Plagwitz, *Wernicke*-Breslau.

Aufgenommen werden die Herren: *Kemmler*, *Lasch*, *Malachowski*, *Mann*-Breslau, *Strauscheid*-Kreuzburg.

1. Dr. *Kahlbaum*-Görlitz spricht über „Die sogenannte Paranoia". Der Vortrag soll noch eine Fortsetzung erhalten und später publicirt werden.

2. Dr. *Kiefer*-Görlitz bespricht einen Fall von Hebephrenie (*Kahlbaum-Hecker*), dessen Krankengeschichte er in Kurzem berichtet.

Ein bis dahin gesunder junger Mann, ohne sehr wesentliche erbliche Belastung, erkrankt in seinem 18. Lebensjahre an einer Geistesstörung, die sich durch einen progressiv bis zu einem gewissen Grade zunehmenden Schwachsinn ganz bestimmter Gattung charakterisirt, mit eigenartigen Veränderungen der Rede und Schreibweise, bestimmten Sonderheiten im äusseren Benehmen und Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung, Beeinträchtigung und Ueberschätzung der eigenen Person. — Der Schwachsinn documentirt sich als typisch-hebephrener, d. h. er schliesst in krankhafter Steigerung dieselben Elemente in sich, welche psychologisch als geistige Eigenthümlichkeiten des Pubertätsalters häufig beobachtet werden, und entspricht ganz genau dem Bilde, welches *Hecker* in seiner Hebephrenie entwirft. Dasselbe gilt für die Eigenthümlichkeiten im äusseren Benehmen und in der Rede und Schreibweise des Patienten. Der Krankenbericht ergiebt zahlreiche Beispiele und Stilproben, welche ganz und gar den typischen Charakter tragen (Perioden Carlchen Miesnick's im Kladderadatsch, Zutodehetzen von Redensarten, Vorliebe für Fremdwörter, „geschraubte Phrasen"). Auffallend erscheint bei dem Krankheitsfalle nur der Umstand, dass sich paranoische Elemente andauernd in den Vordergrund des Krankheitsbildes

Digitized by Google

stellen, so dass man dem Gedanken einer Aenderung der Diagnose zu Gunsten einer progressiven Paranoia Raum geben könnte. Eine genauere Analyse der paranoischen Ideen ergiebt aber, dass es sich um gar keinen eigentlichen Wahn oder Wahnsystem handele, sondern nur um eine krankhaft kindische Auffassung der Situation und Umgebung, ähnlich, wie man es in verringertem Maasse normaler Weise bei manchen Schülern in den Flegeljahren antrifft. Der Lehrer sei bekanntlich für diese eo ipso der Feind des Schülers, letzterer lehne sich gern gegen die Bestimmungen desselben auf und wolle durchaus seine Selbständigkeit zeigen, selbst die Lüge halte er gleichsam als Nothwehr für erlaubt, er schiebe dem Lehrer feindliche Motive unter, fühle sich gekränkt, suche gern Schutz bei den Eltern, versuche seine Mitschüler zu einem gemeinsamen Vorgehen gegen den Lehrer zu bewegen u. s. w. Auch die Renommage unter Einschluss von bewussten Lügen sei ein bekanntes Merkmal vieler Knaben in den sogenannten Lümmeljahren. Wenn man nun all diese Symptome steigere, komme man auf das, was dem vorliegenden Falle das Ansehen einer Paranoia gebe, der Kranke fühle sich beeinträchtigt durch alle die Personen, die ihm zur Erziehung vorgesetzt sind, d. h. im Anstaltsleben Arzt, Lehrer, Inspector; er berufe sich auf seinen Vater, bei dem er Schutz zu finden glaube, da ihm dieser im Sinne der Aerzte schreibe, so komme es eben daher, dass derselbe von den Aerzten wissentlich falsch berichtet werde. Auch der Grössenwahn des Pat. sei nichts als Renommage, und er betone gern die einflussreiche Stellung seines Vaters — verkehre mit bekannten Gelehrten — seine Leistungen im Gymnasium — er kann 7 Sprachen — seine philosophischen, selbst psychiatrischen Kenntnisse, seine kräftige Constitution und dergl.

Wolle man durchaus derartigen Aeusserungen des Patienten besonderes Gewicht beilegen, so sei man deshalb immer noch nicht berechtigt, den Fall in den grossen Topf der Paranoia zu werfen, sondern dürfe ihn höchstens als eine bestimmte Unterart der Hebephrenie auffassen und etwa von einer paranoischen Hebephrenie reden. (Autorreferat.)

3. *Freund*-Breslau: Demonstration einiger Fälle von sogen. traumatischer Neurose. (Autorreferat.)

Im Hinblick auf die vorwiegend aus Psychiatern bestehende Versammlung bespricht der Vortragende zunächst eingehend die bei der sogen. traumatischen Neurose beobachteten psychischen Anomalien. Es werden hierbei einige Kranke demonstrirt, bei welchen sich die nach *Oppenheim* charakteristische, melancholisch-hypochondrische Verstimmung bereits im Gesichtsausdruck wiederspiegelt. Eine traumatische Psychose sui generis giebt es indessen nicht; die verschiedensten Arten von Seelenstörungen können nach einem Trauma zur Entwickelung gelangen. Wünschenswerth und aussichtsvoll sei es bei allen Psychosen, bei welchen ein körperliches oder psychisches Trauma (z. B. plötzlicher Schreck) ein wichtiges anamne-

Digitized by Google

stisches Moment gespielt habe, den gesammten Symptomencomplex der traumatischen Neurose in das Bereich der klinischen Untersuchung zu ziehen, speciell die sensitiven-sensorischen Functionen. Es würden sich hierbei sicherlich interessante Combinationen zwischen functionellen Neurosen und wirklichen Psychosen herausstellen, analog wie Mischformen von functionellen und organischen Symptomenbildern bereits beschrieben worden sind, z. B. bei Basisfracturen, Gehirnapoplexien.

Interessant in dieser Hinsicht ist der eine zur Vorstellung gelangende Fall, bei welchem ohne Kenntniss einer Reihe hysterischer Symptome — rechtsseitige Hemiparese, rechtsseitige Hemianästhesie (für Berührungen und Nadelstiche), Hemianosmie und Hemiageusie rechterseits, hochgradige concentrische Gesichtsfeldeinengung (r. > l.), ferner auf dem rechten Ohre hochgradige Hörschwäche und Ohrensausen — die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt worden wäre auf Grund der überaus trägen, schwerfälligen, deutlich verwaschenen Sprache, einer merkbaren Vergesslichkeit und einer auffallenden Verlangsamung des Gedankenablaufes; dabei wiederholt Ohnmachtsanwandlungen, fast täglich Schwindelanfälle.

Hingegen waren keine sonstigen psychischen Anomalien nachweisbar, abgesehen von einer durchaus stabilen, nicht sehr hochgradigen, hypochondrisch-melancholischen Verstimmung, welche sich bei näherer Analyse ebenso wie ein vorhandener Kopfdruck sowie Zittern bei irgend welchen psychischen Erregungen oder körperlichen Anstrengungen, hochgradige Empfindlichkeit gegen Geräusche als neurasthenisches Symptom erweist. Bemerkenswerth ist, dass Patient, wenn auch langsam, so doch ganz correct schreibt und dass es sich nur um eine einfache Verlangsamung des Gedankenablaufes, um keine eigentliche Demenz oder wesentliche Erinnerungsdefecte handelt. Anamnestisch wird mit Sicherheit constatirt, dass das Leiden im Anschluss an einen vor 4 Jahren stattgehabten Eisenbahnunfall aufgetreten ist und seit 3 Jahren in seinen Symptomen keinerlei Veränderungen gezeigt hat. Nur soll sich vor 1 Jahre im Anschluss an 2 plötzliche Ohnmachtsanwandlungen Gedächtniss und Sprache etwas verschlechtert haben. —

Ausserdem gelangen noch 6 andere Kranke zur Vorstellung, wobei Vortragender Gelegenheit nimmt, auseinanderzusetzen, wie er die verschiedenen Varianten der einschlägigen Symptomencomplexe classificirt wissen will.

In dem bekannten Streite zwischen *Charcot* und *Oppenheim-Strümpell*, ob man von traumatischer Neurose oder von Hysterie traumatique sprechen soll, stellt sich der Vortragende auf die Seite des ersteren, insofern er die traumatische Neurose *(Oppenheim)* nicht als ein Krankheitsbild sui generis anerkennt. Vortragender bemüht sich, jeden einzelnen Fall von functionell nervöser Erkrankung im Anschluss an ein körperliches oder psychisches Trauma zu specialisiren, und unterscheidet traumatische

Digitized by Google

Hysterie, Neurasthenie, Psychose. Meistens gelingt die specielle Diagnose; doch kommen häufig Mischformen vor, mitunter auch Combinationen mit organischen Erkrankungen. — In der Majorität der Fälle von sogen. traumatischer Neurose handele es sich um traumatische Hysterien, und diese will Vortragender nach dem Vorgange *Charcot*'s unter die grosse Krankheitsgruppe der männlichen Hysterie einrangirt wissen.

Vortragender selbst hat sich vor Kurzem[1]) für eine Classification der männlichen Hysterie in folgender Weise ausgesprochen: Er glaubt 3 Hauptkategorien unterscheiden zu dürfen: 1) Fälle, wo nur sensible resp. sensorische Anomalien bestehen, 2) Fälle, wo sensible resp. sensorische Anomalien combinirt sind mit Motilitätsstörungen, und 3) Fälle, wo lediglich Motilitätsstörungen functioneller Natur (erhebliche Irritabilität des Herzens und der Athmung, verminderte motorische Kraft oder Zittern an den Extremitäten — oft nur halbseitig ausgebildet —) anzutreffen sind. Diese dritte Kategorie grenzt sehr nahe an die einfachen Neurasthenien, deren Charakteristicum gegenüber der männlichen Hysterie in dem Fehlen irgendwelcher objectiver Symptome zu erblicken ist.

Die Majorität der Fälle gehört der zweiten Kategorie an, jedoch hat Vortr. unter 18 Fällen von männlicher Hysterie seines eignen Krankenmaterials 2 Beispiele für die erste und ebenso zwei für die zweite Kategorie beobachtet und typische Paradigmata für jede der 3 Gruppen in der von *Oppenheim* in seiner bekannten Monographie niedergelegten Casuistik aufgedeckt (l. c.). —

Zur Vorstellung gelangen 7 Fälle von männlicher Hysterie, von welchen 2 der ersten, 1 der dritten, die übrigen der zweiten Kategorie angehören. Eine besonders eingehende Berücksichtigung erfahren bei der Demonstration die Störungen der Sensibilität und der sensorischen Functionen, welche Vortr., wie schon aus obiger Classification hervorgeht, als diagnostisch verwerthbare objective Symptome betrachtet, falls ihr Befund unter den nöthigen Cautelen erhoben wird.

Was die Sensibilitätsstörungen betrifft, so müssten häufig wiederholte Controlleuntersuchungen, deren jedesmalige Ergebnisse am besten in ein Schema eingetragen werden, über etwaige Simulation oder Aggravation, deren häufiges Vorkommen Vortr. selbstverständlich nicht bestreitet, Aufklärung geben Eine gewisse Inconstanz der verschiedenen diesbezüglichen Befunde im einzelnen Falle sei am vorliegenden Materiale bemerkt worden, jedoch in Grenzen, welche auch bei organischen Erkrankungen (z. B. multiple Sklerose, cerebrospinale Lues) vorkommen. Etwaige

[1]) Vergl. Sitzungsbericht der Vaterländ. Gesellschaft zu Breslau vom 7. Nov. 1890. — Eine ausführliche Publication erfolgt demnächst in der Medicinischen Wochenschrift unter dem Titel: „Ein Fall von Schreckneurose mit Gehörsanomalien".

Digitized by Google

Hemianästhesie sei — da es sich nicht immer um Analgesie, sondern meist nur um Hypalgesie handele — nur durch ganz symmetrisch applicirte Reize festzustellen. Um die Möglichkeit einer Suggestion auszuschliessen, beginne Vortr. die Prüfung nicht an den Extremitäten oder am Kopf, sondern an der Brust, möglichst nahe der Medianlinie, da an der Brust das Gefühl von der Symmetrie des Körpers wohl am wenigsten ausgebildet sei. Man bediene sich am besten elektrischer Reize mittelst der bekannten, von *Erb* zur Prüfung der faradocutanen Sensibilität angegebenen Elektrode; die Stärke von Nadelstichen könne der Untersucher nicht genügend abschätzen. Patient dürfe die Verschiebungen der Inductionsrolle nicht verfolgen können, er müsse derselben den Rücken zukehren oder es seien ihm die Augen zu verbinden. Es sei auch empfehlenswerth, besonders zur Beurtheilung etwaiger Hyperästhesien die Leitungsschnur vorübergehend aus ihrer Klemmschraube zu lockern, um den Strom ohne Wissen des Patienten zeitweilig zu unterbrechen *(Seeligmüller)*.

Der Befund einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung besitze erst dann einen objectiven Werth, wenn er bei wiederholten Prüfungen constatirt worden sei. Es sei zweckmässig, in den verschiedenen Meridianen die Aufeinanderfolge der Farbenplättchen zu ändern. Zum sicheren Nachweise einer concentrischen Gesichtsfeldeinengung sei die Untersuchung mit dem Perimeter unbedingt erforderlich. Die Bedeutung der letzteren erhellt aus einer paradoxen Erscheinung, welche Vortr. auch bei ganz zuverlässigen Patienten mit männlicher Hysterie immer nachweisen konnte, dass die Kranken selbst bei stärkster concentrischer Gesichtsfeldeinengung, — deren Richtigkeit Herr Professor *Magnus* bestätigt hatte — in ihrer Orientirung und Bewegung in keiner Weise behindert waren. *Wilbrand* habe diese Erscheinung bereits als ein bei neurasthenischen Individuen mit Anaesthesia retinae oft zu beobachtendes Symptom beschrieben [1]).

Auf das Vorkommen dieser Erscheinung bei der sogen. traumatischen Neurose sei bisher noch nicht genügend aufmerksam gemacht worden. Vortr. halte es für seine Pflicht, dies mit allem Nachdrucke zu thun, da sicherlich schon mancher Kranke mit reeller concentrischer Gesichtsfeldeinengung in den Verdacht der Simulation gekommen sei, wenn er sich trotz des grossen Defectes ungenirt und unbehindert frei bewegen konnte. *Wilbrand* führe dieses Phänomen auf die bei Neurasthenikern vorhandene leichte Ermüdbarkeit zurück. Bei den Anforderungen, welche bei der Bestimmung der Gesichtsfeldgrenzen von dem Auge beansprucht werden, stelle sich die relative Insufficienz der Nerventhätigkeit ganz besonders früh ein, während die absolute Ausdehnung des Gesichtsfeldes sicher grösser sei, wenn diese Patienten, ohne einen Gegenstand zu fixiren, also

[1]) Ueber neurasthenische Asthenopie und sogen. Anaesthesia retinae vgl. Archiv f. Augenheilkunde, Bd. XII.

Digitized by Google

ohne ihre Augen besonders anzustrengen, einhergehen. — Was die Häufigkeit des von manchen Autoren gering geschätzten oder sogar geleugneten Symptoms der concentrischen Gesichtsfeldeinengung betrifft, so hat Vortr. dasselbe bei seinem einschlägigen Materiale von 18 Fällen bei 10 Kranken constatiren können. In 4 Fällen war die Prüfung verabsäumt worden. Bei 4 Kranken wurde das Symptom vermisst; von diesen gehören 2 zu der dritten Kategorie von männlicher Hysterie (s. o.). Mit Ausnahme eines einzigen Falles war die Einengung immer auf beiden Augen nachweisbar.

Bei der perimetrischen Untersuchung hat Vortr. in den letzten Wochen — angeregt durch eine Arbeit von *O. Koenig*-Breslau[1]) — auf das Vorkommen der Gesichtsfeldeinengung nach dem *Foerster*'schen Typus, auf den sog. „Verschiebungstypus der G.-F.E." geachtet. Dieses von *Foerster* 1877 in die Ophthalmologie eingeführte Symptom wurde besonders von *Wilbrand* (l. c.) bearbeitet. Neuerdings hat *Koenig* speciell die sogen. traumatische Neurose berücksichtigt[2]). Vortr. hat trotz der kurzen Beobachtungszeit das Symptom bereits bei einigen Fällen von männlicher Hysterie und von Neurasthenie nach Trauma angetroffen und erblickt in ihm, obwohl es nicht in allen Fällen ausgebildet sei, eine erwünschte Bereicherung des Symptomencomplexes der Unfallsnervenkrankheiten. Ohne ganz specielle Sachkenntniss lasse sich nämlich der „Verschiebungstypus" nicht simuliren[3]).

An den Geschmacks- und Geruchsfunctionen hat Vortr. an

---

[1]) Beobachtungen über Gesichtsfeldeinengung nach dem *Foerster*'schen Typus, vgl. Archiv f. Augenheilkunde, Bd. XXII.

[2]) In einer binnen Kurzem in der Berliner klin. Wochenschrift erscheinenden Arbeit: „Ein objectives Krankheitszeichen der traumatischen Neurose".

[3]) Inzwischen habe ich nach diesem Symptom bei 29 Individuen geforscht, von welchen 18 an Neurosen und unter diesen 14 speciell an „Unfallsnervenkrankheiten" litten. Ueber das Ergebniss meiner Untersuchungen will ich vorläufig nur berichten, dass unter diesen 18 Fällen das Symptom in 10 Fällen aufgefunden wurde; in 5 Fällen war es unvollkommen entwickelt; in 3 Fällen wurde es vermisst.

Zur Feststellung des Verschiebungstypus gehören stets zwei Gesichtsfeldaufnahmen mit entgegengesetzt gerichteter Objectführung (5 mm Quadrat). Bei der ersten G.-F.-A. führt man stets das Object von der Schläfe zur Nasenseite hin und notirt in jedem Meridian des Sichtbarwerdens und des Verschwindens. Bei der zweiten G.-F.-A. führt man das Object stets von der Nase nach der Schläfe. Man erhält dann zwei Gesichtsfelder, deren Begrenzungslinien sich schneiden und von denen jedes nach der Richtung hin, von der das Object hereingeführt wurde, grösser ist als das andere.

Digitized by Google

mehreren Fällen eine bisher wohl noch nicht beschriebene eigenthümliche Insufficienz beobachten können. Patienten, welche bei der hierbei üblichen Prüfungsmethode eine Hemianosmie resp. Hemiageusie für local applicirte Reize erkennen liessen, besassen, obwohl sie somit auf der einen Zungenhälfte resp. der einen Nase geschmacks- resp. geruchsempfindlich waren, kein Unterscheidungsvermögen selbst für gewöhnliche Speisen oder Gerüche. So wussten sie nicht, welche Fleischsorte sie assen, ob sie Milch oder Kaffee tranken; den salzigen Geschmack des Brompulvers nahmen sie nicht wahr, ebensowenig den Geruch von angebrannter Milch oder den scharfen Chlorgeruch.

Diese Angaben stammen von 3 durchaus glaubwürdigen Patienten. Diese Functionsstörung pflegte sich immer erst nach mehrfach wiederholter energischer Faradisation der anästhetischen Nasen- resp. Zungenhälfte wieder auszugleichen.

Bei der Besprechung seiner therapeutischen Erfahrungen hebt Vortr. besonders hervor, dass es ihm in mehreren Fällen durch starke Inductionsströme mit dem Pinsel — allerdings erst nach häufigen, langen Sitzungen — gelungen ist, Analgesien von monatelangem Bestande günstig zu beeinflussen und nach und nach zu fast völligem Ausgleich zu bringen. Hierbei sei auch die motorische Schwäche wesentlich zurückgegangen, ebenso eine Erweiterung des Gesichtsfeldes eingetreten.

An der Discussion betheiligen sich die Herren *Gubitz* und *Dornblüth*.

4. Dr. *Hahn*-Breslau stellt einen Fall von chronischer Geisteskrankheit vor, der sich im Anschluss an fortgesetzten Alkoholmissbrauch herausgebildet hat.

Die 36 Jahre alte, erblich nicht belastete Frau Agnes Sch., Mutter drei gesunder Kinder, ergab sich vor 7 Jahren dem Trunke. Die früher intelligente, fleissige Frau war schliesslich fast stets berauscht und vernachlässigte Alles. — Im weiteren Verlauf drei Krankheitsstadien zu unterscheiden:

I. Am 2. Febr. 1889 plötzlich ein Zustand schwerer Benommenheit mit Schluck- und Articulationsbehinderung, hochgradige Schwäche, völlige Unsauberkeit, keine halbseitigen Symptome. Bei ihrer Ueberführung in die Klinik am 4. Febr. schon Besserung der motorischen Krankheitserscheinungen. Patientin konnte gehen und stehen, einige aufgetragene gröbere, doch keine feineren complicirten Bewegungen ausführen, dabei erheblicher Tremor und leichte Ataxie. Keine Sensibilitätsdifferenzen, kein Fussklonus, normale Reflexe. Dement-euphorisches Wesen, der Situation gegenüber die Neugier eines unbefangenen Kindes. Verständnisslosigkeit für fast alle an sie gerichteten Fragen. Colossale Sprachstörung, nur unverständliches Lallen. Völlige Unfähigkeit zu lesen, schreiben, rechnen. Körperliche Hilflosigkeit, grosse Gefrässigkeit, Unsauberkeit.

II. Stadium allmählicher Rückbildung der Ausfallserscheinungen. Langsame Besserung der Sprache, Silbenstolpern, Herauspressen einzelner Sätze, sonderbares Stottern. Aber Unfähigkeit, vorgehaltene Gegenstände durch den Tast- oder Gesichtssinn zu erkennen, obwohl Patientin mit dem Gebrauch der betreffenden Dinge völlig vertraut ist. Kein Verständniss für häusliche Verrichtungen, Nähen, Stricken u. s. w. Nur Grossgedrucktes langsam buchstabirend gelesen, statt Schrift völlig unkenntliches Gekritzel. Unorientirt über Zeit, Ort, Familienverhältnisse, Vergangenheit, Krankheitseinsicht; Patientin hat gelernt, dass sie zu viel Schnaps getrunken. — Gewichtszunahme. Fast stets sauber. Weiterhin freieres Wesen, Auftauchen einzelner, aber in der chronologischen Reihenfolge confundirter Erinnerungen. Patientin erkennt und benennt die meisten Gegenstände richtig. Noch immer erhebliches Silbenstolpern. Wiedererlernen feinerer Bewegungen, Schleifebinden, Nähen und Stricken. Patientin liest fliessend, malt Vorgeschriebenes nach, ist sauber und adrett in ihrem Aeusseren, handelt überlegt, ist freundlich, bescheiden, gutmüthig, hilfbereit. Aussicht auf „Heilung mit Defect".

III. Seit Anfang 1890 Veränderungen in dem Wesen der Patientin. Ist oft reizbar, ärgerlich missgestimmt, will nicht mehr arbeiten, dringt auf Entlassung, ist schlaflos. Eifersuchtsideen auf den Mann, der sie mit anderen Frauen betrügt und ihr Geld durchbringt; Gehörshallucinationen persecutorischen Inhaltes mit nachfolgenden Tobsuchtsanfällen, wird aggressiv, glaubt sich von dem Arzt vergiftet und misshandelt. Pointirtes rechthaberisches Wesen, selbstbewusstes Auftreten, spricht im Befehlshabertone. Schliesslich Production phantastischer Grössenideen, Confabulationen. Ist die Tochter des russischen Kaisers, schon einmal in einem Glassarge in Sibirien beerdigt, besitzt grosse Reichthümer; ist ermordet, zerstückelt, mit einem Schiff in die Luft gesprengt u. s. w.

Vortragender behält sich eine ausführliche Publication dieses Falles für später vor.

5. Dr. *Freund*-Breslau demonstrirt eine Anzahl von Präparaten, welche nach *Golgi* und *Ramon y Cajal* hergestellt sind. Die Präparate betreffen Grosshirn- und Kleinhirnrinde, sowie Rückenmark von Embryonen: es werden besonders noch die Verästelungen der eintretenden hinteren Wurzeln (Abgabe von Collateralen) demonstrirt.

6. Dr. Dr. *Sachs* und *Lissauer*-Breslau demonstriren Gehirnschnitte mittelst des Projectionsapparates.

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 55. Sitzung zu Breslau am 2. März 1891.

Anwesend die Herren: *Adler*, *Auerbach*-Breslau, *Buttenberg*-Rybnik, *Creutzberger*-Breslau, *Dornblüth*-Bunzlau, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*, *Gubitz*-

Hahn, *Kemmler*-Breslau, *Kleudgen*-Obernigk, *Kloss*-Owinsk, *Kurella*-Kreuzburg, *Lasch*, *Lissauer*, *Mann*-Breslau, *Cl. Neisser*-Leubus, *Oswald*-Glasgow, *H. Sachs*, *Sandberg*, *Schwahn*, *Wernicke*-Breslau.

1. Dr. *Lissauer*-Breslau: Klinisches und Anatomisches über die Heerdsymptome bei Paralyse. (Autorreferat.)

Der Vortrag lässt sich an dieser Stelle nur in den Umrissen wiedergeben. Vortragender legt von vornherein Gewicht darauf, dass mit seltenen Ausnahmen cerebrale Heerdsymptome nur acut und im Zusammenhange mit paralytischen Anfällen apoplectiformer oder epileptiformer Art auftreten, sodass man darauf rechnen darf, vom Studium der erstgenannten Symptome ausgehend auch auf die Anfälle selbst Licht werfen zu können. Unter den Heerdsymptomen führt Vertreter besonders an die Hemiopie, welche er ungemein häufig nach paralytischen Anfällen beobachtete, ferner ist sehr gewöhnlich die Monoplegia brachialis im Sinne *Wernicke's*, bei welcher bei erhaltenen Massenbewegungen nur die feinere Motilität der Hand und das Tastvermögen verloren geht, wahrscheinlich in Folge der gestörten Lageempfindung; Hemiopie ist bemerkenswerther Weise mit der letztgenannten Störung oft verbunden; beide Heerdsymptome beobachtet man zuweilen monatelang gleichmässig fortbestehend, und sie eignen sich deshalb ganz besonders zur anatomischen Verwerthung.

Vortragender hat nun versucht, in einigen Fällen, in denen die eben genannten Erscheinungen dauernd bestanden, ihre anatomische Grundlage festzustellen. Von einigen Autoren werden die Piaadhäsionen und Decorticationen, welche öfters in begrenzten Rindengebieten vorkommen, als Ursache resp. anatomische Grundlage der im Leben beobachteten cerebralen Heerdsymptome betrachtet. Vortragender hält jedoch die Decorticationen für unzuverlässig, sie können auch Kunstproduct sein. Genauere mikroskopische Untersuchungen einschlägiger Fälle sind erforderlich.

Vortragender stiess nun bei der Ausführung solcher Untersuchungen auf einen sehr charakteristischen Befund in der Hirnrinde. An dicken Schnitten von Chrompräparaten erschienen in derselben helle Schichten, die normaler Weise fehlen. An Alkoholpräparaten liess sich dem entsprechend ein sehr starker Schwund von Ganglienzellen in bestimmten Schichten nachweisen, und zwar betraf derselbe vorwiegend die 2. und 3. Schicht des *Meynert*'schen Schemas; dieselben können fast vollständig verschwinden; auch die übrigen Zellformen leiden dabei, mit Ausnahme der sehr resistenten Körnerschicht (der äusseren!), welche stellenweise fast ganz allein übrig blieb.

Diese „schichtenweise Degeneration" fand sich im Cuneus, Occipital- und Scheitellappen, bis in die Nachbarschaft der hinteren Centralwindung. Sie erklärt einerseits die im Leben beobachtete Hemiopie, andrerseits die Störung im Gebrauch der Hand, welche wahrscheinlich auf

Digitized by Google

den Parietallappen bezogen werden muss. Soweit galten also die Localisationsgesetze auch im Gebiet der Paralyse.

Die „schichtenweise Degeneration" tritt übrigens nicht gleichmässig über grössere Strecken, sondern in unregelmässigen Flecken zerstreut auf. Vortragender sucht in ihr nur einen ganz ungewöhnlich hohen Grad des systematischen Degenerationsprocesses, welcher überhaupt die Paralyse ausmacht; dieser Process führt nicht nur zu Faserschwund, sondern, wie die *Nissl*'sche Methode dargethan hat, auch zum Untergang von Ganglienzellen in der Rinde. Durch eine besonders intensive Erkrankung bestimmter Hirnprovinzen, welche für gewöhnlich nicht so schwer zu leiden pflegen, wie z. B. des Cuneus, werden die cerebralen Heerdsymptome bei Paralytikern bedingt. Die paralytischen Anfälle erscheinen danach als ein plötzliches heftiges Anschwellen des paralytischen Processes in bestimmten Rindenterritorien. Entwickelt sich die Erkrankung dagegen langsam in den bekannten Prädilectionsstellen, dem Frontallappen, Gyr. fornicat., der Insel, so haben wir die klassischen Symptome der Paralyse, ohne besondere Heerderscheinungen.

Die obige Rindendegeneration führt noch zu allerlei anatomischen Folgeerscheinungen; so zu fleckiger und strangförmiger Degeneration im Marklager der Hemisphäre, wie sie *Friedmann* beschrieben hat, und ferner zu den vom Vortragenden nach paralytischen Anfällen gefundenen Veränderungen an Thalamus opticus. Einzelheiten hierüber müssen der ausführlichen Publication vorbehalten bleiben.

Schliesslich weist Vortragender auf gewisse Fälle hin, bei denen Anfälle ganz nach Art der paralytischen das Hauptsymptom bilden, während die übrigen charakteristischen Symptome der Paralyse wenig ausgeprägt sind. Solche Fälle imponiren als idiopathische *Jackson*'sche Epilepsie, wenn nach wiederholten epileptiformen Anfällen jedesmal ein bestimmtes Heerdsymptom transitorisch auftritt. Einen solchen Fall, der wiederholt nach Anfällen vorwiegend sensorische Aphasie darbot, hat Vortragender anatomisch untersucht und durchaus die Veränderungen der Paralyse — nämlich hochgradigen, bis in's Mark eindringenden Faserschwund — gefunden, aber in einer ungewöhnlichen Localisation, nämlich vor Allem im linken Schläfelappen, während die Veränderungen im Stirnhirn sehr geringfügige waren.

Vortragender bezeichnet diesen und ähnliche Fälle als „abnorm localisirte Paralysen".

An der Discussion betheiligen sich die Herren: *Auerbach*, *Wernicke* und der Vortragende.

2. Dr. *Hahn*-Breslau stellt vor: Einen Fall von acuter Geisteskrankheit im Kindesalter.

Der 10jährige, nicht psychisch belastete Knabe Arthur Sch., ein schwächliches, doch intelligentes, lebhaftes Kind, erhielt am 10. Jan. 1891

Digitized by Google

wegen eines geringfügigen Versehens von dem Lehrer mit einem dicken Rohrstock einen heftigen Schlag auf die linke Schläfen- und Parietalgegend des Kopfes. Seitdem heftige Kopfschmerzen, Gefühl, als ob der Kopf dort ganz weich wäre, eine Kugel im Kopf herumrollte.

Am 15. Januar 1891 besonders schläfrig und apathisch; gegen Abend ein heftiger Angstzustand, vereinzelte klonische Zuckungen in der Extremitätenmuskulatur, Angstgefühl in der Herzgegend. Gehörs- und Gesichtshallucinationen: „Die Mutter ist gestorben; ich sehe sie; sie ist schon ganz kalt.“ Illusionen des Gesichtes. Wahnhafte Angstvorstellungen. Selbstanklage — Delirien.

Am folgenden Tage klarer, völlig erhaltene Erinnerung an seinen gestrigen Zustand. Gegen Abend hallucinatorische Delirien; sah Figuren, Katzen, Mäuse, Clowns; glaubte auf Pferden zu reiten. Rechtsseitige Facialiszuckungen; rhythmisches Auf- und Zuklappen des Mundes. Unmotivirter Stimmungswechsel, bald lebhaft lachend, bald sehr ängstlich. Schlaf auf Chloral. Am nächsten Tag Zustände mit reizbarer Verwirrtheit, schlug nach der Mutter, verlangte nach Essen, als er gerade gegessen; kauerte sich im Bett zusammen, winselte wie ein Hund, knurrte und versuchte zu beissen, sobald die Mutter oder die Spielkameraden an ihn herantraten. Vermehrte Speichelsecretion. Andauerndes Wiederholen von Worten und ganzen Sätzen (Verbigeration): „Hm, das nutzt nichts! Hm, das nutzt nichts!“ etc. „Sie hängen mich auf! Sie hängen mich auf!“ etc. „Ich bin gebunden, lasst mich los! Ich bin gebunden, lasst mich los!“ etc. Einmal unsauber. Verlust der Krankheitseinsicht. Bis zum 22. Januar Fortdauer des hallucinatorischen, meist in Anfällen auftretenden Erregungszustandes. Seitdem ruhiger, nur vereinzelte Gehörshallucinationen. Bei der Ueberführung in die Klinik am 28. Januar schon im Reconvalescenzstadium. Keine halbseitigen Symptome. Krankheitseinsicht. Ziemlich ungetrübte Erinnerung an die Sinnestäuschungen. Geheilt entlassen am 7. März 1891.

3. Einen Fall von acuter Verwirrtheit. Bei Pat., einem fleissigen und intelligenten Buchdrucker, mit zweifelhaften Symptomen einer Bleivergiftung, stellte sich nach einem etwa drei Wochen währenden, prodromalen Erregungszustand ein seit 20. Nov. 1890 stabiler Zustand ideenflüchtiger Verwirrtheit ein. Heiter-übermüthige Stimmungslage, fast stets lachend, possirliches Mienen- und Geberdenspiel, altklug-kindischer Gesichtsausdruck. Ziemlich lebhafter Bewegungsdrang. Unermüdliches Reden; Pat. spricht unaufhörlich in interrupter Satzform völlig zusammenhanglose Dinge durcheinander, dabei bald diese oder jene Person anredend, einer dritten zunickend und gesticulirend. Auf eindringliche Fragen zuweilen eine ganz zeitgemässe Antwort, aber dann sogleich abgelenkt. Einige Proben: „Lupus incarnus in fabula. Du hast ja Diamanten und Perlen und das ist Gottesberg. Das ist ja die Nelke, und das alte Weib grüsst

Digitized by Google

dazu. Der Berg der Erden, das ist der ganze Guckkasten. Adam und Eva. Und der Vater der Sünde ist Schafkopf gewesen — und Onkel und Ida schachmatt.“ (Auf die Wärterzeichen und Rockkragen eines Wärters — Messingsterne — weisend) „Der mit den Sternen hat den ganzen Tag Schnee geschaufelt.“ (Es spricht Jemand laut) „Wer so einen Scandal macht, das ist ein rotziges Pferd, ein Thier.“ (Auf die Brille eines Patienten deutend) „Ich brauche kein Pince-nez, das kostet 6 Wochen Gefängniss.“ (Es wird ihm ein Wurst-Butterbrot gereicht) „Ich bin Hoflieferant für jüdische Wurst.“ (Sieht nach dem Bart des Arztes, fasst sich an das Kinn) „Habe einen feinen Bart und den lasse ich mir abnehmen, den Franzosenbart, sind Sie Spiritist? Ich muss es glauben, weil ich ein gutes Auge habe.“ (Es niest Jemand) „Schnupfen habe ich nicht. Wenn es regnet, fallen Tropfen.“ „Wie lange sind Sie hier?“ „Einen Tag — Wenn man den Telegraphen und eine Lampe sieht, das ist doch elektrische Beleuchtung.“ „Warum sind Sie hier in der Anstalt?“ „Weil ich Alles verkehrt mache — sonst habe ich keinen Fehler in meiner Correctur.“ „Haben Sie Geschwister?“ „Ja 5; Auguste, Adam und Eva, weiter nichts. Der Otto ist jung, der Reformator der Erde. Krankes Schwein muss erst begraben und dann gebacken sein.“ Andauernde Fixation des Pat. unmöglich, aber Pat. kann das Vaterunser beten, einzelne Gedichtstrophen hersagen, ohne sich zu unterbrechen, und ganze Liedermelodien correct pfeifen, sowohl spontan, als auf Befehl. Stets guter Appetit. Schlaf oft unruhig, keine eigentliche Affectzustände, nur selten Zornausbrüche, aber Pat. ist wie ein Kind, leicht zu besänftigen. Läppisch-tändelndes Spielen mit zusammengesuchten Gegenständen. Hallucinationen oder abnorme körperliche Empfindungen nicht mit Sicherheit festgestellt. Zuweilen scherzhafte Verkennungen. Orientirung über Ort, Zeit, Krankheit anscheinend völlig verloren, hinsichtlich familiärer Verhältnisse beschränkt. Ueber Stand und Beschäftigung zuweilen ganz klare Angaben. Vortragender legte bei der Besprechung dieses Krankheitsfalles besonders Gewicht auf das primäre Einsetzen des dauernden Zustandes von Verwirrtheit, ein Zustand, der ohne Remission, selbst ohne eine Pause bislang bestehend, sich von der bei ächt maniakalischer auf Ideenflucht beruhenden Verwirrtheit scharf unterscheidet, ferner darauf, dass der Gedankenfluss des Pat. wesentlich beeinflusst wird dadurch, dass Pat. Personen, Gegenstände und Ereignisse in seiner Umgebung, soweit sie durch Sinneseindrücke auf sein Bewusstsein einwirken können, in den Kreis seiner Betrachtungen einbezieht (Hypermetamorphose — *Neumann*). Diese fortwährende Ablenkung durch Sinneseindrücke spielt in dem Mechanismus der Verwirrtheit offenbar eine bedeutsame Rolle.

An der Discussion betheiligen sich die Herren *Wernicke*, *Neisser*, *Kurella*, *Dornblüth*.

Digitized by Google

Verein ostdeutscher Irrenärzte. 56. Sitzung in der Prov.-Irrenanst. zu Rybnik am 21. Juni 1891.

Anwesend die Herren: *Ostmann*, *Buttenberg*, *Dinter*, *Dubbers*-Rybnik, *Eicke*-Pöpelwitz, *Freund*, *Hahn*-Breslau, *Hauptmann*-Gleiwitz, *Kahlbaum*-Görlitz, v. *Karczewski*-Kowanówko, *Kemmler*-Breslau, *Klinke*-Tost, *Kloss*-Owinsk, *Kurella*-Kreuzburg, *Lissauer*-Breslau, *Moeller*-Plagwitz, *Petersen*-Brieg, *Schubert*-Leubus, *Walter*-Lissa, *Wernicke*-Breslau, *Zander*-Rybnik.

1. Dr. *Zander* demonstrirt einen Fall von Schädelabnormität in Folge von Osteom.

Derselbe betrifft einen jetzt 27jährigen Bergarbeiter, der sich seit vier Jahren in der Anstalt befindet und vordem schon zur Begutachtung als Untersuchungsgefangener in Leubus gewesen war.

Der Tumor erstreckt sich ziemlich genau in der Ausdehnung des rechten Os frontale, seine grösste Ausdehnung ist nach oben und seitwärts. Die Geschwulst fühlt sich hart und gefurcht an, ist nicht druckempfindlich. Dach der rechten Orbita nach unten gedrängt, rechtes Auge steht ca. 1 cm tiefer als das linke.

Schädelmaasse, Bandmaasse:

		Normal
1) Horizontalumfang	58,5	55
2) Ohrhinterhauptlinie	23,5	24
3) Ohrstirnlinie	36	30
4) Ohrscheitellinie	35,5	36
5) Längsumfang	35,5	35
6) Ohrkinnlinie	31	30
Tasterzirkelmaasse:		
7) Längsdurchmesser	19	18
8) Grösster Breitendurchmesser	16,25	15
9) Distanz der Pori acustici	14,5	12,5
10) Distanz der Jochfortsätze der Stirnbeine	14,5	11

Obige Schädelmaasse — Normalmaasse nach dem v. *Krafft-Ebing*'schen Lehrbuche — können jedoch nur ein undeutliches Bild von der Schädelabnormität geben, da, wie schon gesagt, der Tumor nur das Os frontale einnimmt und am meisten nach oben prominent ist.

Ueber die Zeit der Entstehung des Tumors ist nichts Genaues zu eruiren. Nach einer Angabe soll schon von Geburt an eine stärkere Hervorwölbung der rechten Stirnbeingegend bestanden haben. Seit der Aufnahme in Rybnik hat der horizontale Schädelumfang ca. 2 cm zugenommen.

Psychische Erscheinungen: Geistige Entwickelung angeblich bis zum 8. Lebensjahre normal, dann zunehmende geistige, besonders moralische Depravation, Arbeitsscheu, Alkoholexcesse, Brandstiftung, Diebstahl, Drohen mit Todtschlag. Jetzt grosse Reizbarkeit, Unzugänglichkeit, Unwirschheit,

Digitized by Google

oft plötzliche Gewaltthätigkeit, Zerstörungssucht. Ueber die Ausdehnung der Intelligenzdefecte, Gedächtniss u. s. w. keine näheren Angaben möglich, da Patient sehr wenig, dann unwahre und verkehrte Auskunft giebt. Lähmungserscheinungen bestehen nicht, Function der Sinnesorgane, soweit zu prüfen, nicht abnorm. (Autoreferat.)

2. Dr. *Buttenberg* demonstrirt kurz ein durch Section gewonnenes Präparat eines Fremdkörpers im Oesophagus.

Dasselbe stammt von einem Patienten, der an einer eigenthümlichen psychischen Störung litt, welche wohl am besten als Chorea magna zu bezeichnen war. Nach längere Zeit bestehendem Kopfschmerz stellten sich allmählich zunehmende unwillkürliche Muskelzuckungen ein, dann trat Charakteränderung, Störrigkeit und Reizbarkeit, sowie wiederholte unmotivirte Erregungszustände, schliesslich langsam fortschreitende Schwäche der Intelligenz ein. Patient kam erst nach mehrjähriger Dauer der Krankheit nach Rybnik und war geistig schon ziemlich abgestumpft. Am auffallendsten in seinem Wesen war, neben den fortwährenden choreatischen Zuckungen der mimischen Muskeln, ein eigenthümlich gesteigerter Bewegungsdrang, welcher unter Anderem den Kranken veranlasste, die sonderbarsten Stellungen einzunehmen und sonderbare, manchmal auch halsbrecherische, turnerische Evolutionen auszuführen. Ferner hatte er auch eine eigenthümliche Vorliebe dafür, allerlei Gegenstände, z. B. auch lebende Frösche, in den Mund zu stecken und dort längere Zeit zu behalten. Pat. hatte immer einen sehr regen Appetit und fiel eines Abends bei der Visite dadurch auf, dass er nur wenig von seiner Portion ass. Bis dahin hat er immer gut, auch immer noch Festes gegessen. Bei der Untersuchung wurde Temperatursteigerung und eine mässige Schwellung des Halses mit geringer Empfindlichkeit constatirt. Andern Tages nahm die Schwellung zu, das Fieber stieg bis über 39, der Mund konnte fast gar nicht geöffnet werden, und der Fall imponirte als eine beginnende Phlegmone des Halses. Vom Kranken selbst war nichts über die Herkunft seines Leidens zu erfahren, obgleich er wohl noch so intelligent war, dass er über den eigentlichen Sitz der Erkrankung hätte Auskunft geben können. Da die Diagnose nicht völlig sicher schien, wurde eine Untersuchung in Narkose beabsichtigt, Pat. starb aber plötzlich, kurz nachdem er noch bei der Mittagsvisite subjectiv wohl, allerdings mit etwas beschleunigter Athemfrequenz, befunden war. Wie nochmals hervorgehoben werden möchte, hat Pat. ca. 2 Tage vor dem Tode noch Festes genossen, hat über Schmerzen im Halse und beim Schlingen nie geklagt.

Das Ergebniss der Section war ein sehr überraschendes: In dem normal vorliegenden Herzbeutel eine beträchtliche Menge von gelblicher Flüssigkeit mit eitriger Trübung. Sonst am Herzen nichts für diesen Fall Bemerkenswerthes.

Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigte sich das vordere Mediastinum

Digitized by Google

vollständig vereitert. In der rechten Pleurahöhle ein grünes, stark stinkendes jauchiges Secret. Drüsen des Halses stark geschwellt, aber nicht vereitert. Ebenso am Larynx und Pharynx keine Eiterung. In der Speiseröhre, dem Ringknorpel in der Höhe entsprechend, ein vielkantiges Porzellanstück — herrührend von einer Tasse — von 6 cm grösster Länge, 2,5 cm Breite, 2,5 mm Dicke, dessen eine Spitze an die Wand der Speiseröhre heranreicht und sich daselbst festgehakt, sowie die Wand durchbohrt hat. Hinten oben berührt ebenfalls eine scharfe Kante die Wand und hat dieselbe durchbohrt. Eine dritte Perforationsstelle, welche 2 cm unter dem Ringknorpel etwas rechts von der Mittellinie liegt, wird angefüllt von einem nach unten reichenden, hakenförmigen Fortsatze des Porzellanstückes — Ansatz des Tassenhenkels —. Die Umgebung der 3 Perforationsstellen ist von stinkenden, eitrigen Massen durchsetzt, abwärts davon ist das ganze hintere Mediastinum von Senkungsabscessen durchzogen. Im Zusammenhang damit steht die Eitersammlung im rechten Pleuraraum und im vordern Mediastinum.

Der eben geschilderte Fall ist ein lehrreiches Beispiel für die oft colossale Indolenz mancher Geisteskranken gegen Schmerzen und körperliche Beschwerden. (Autoreferat.)

3. Dr. *Dinter* spricht über epileptische Seelenstörung.

Ausgehend von der verschiedenfach gemachten Beobachtung, dass in Oberschlesien die Psychosen anders verlaufen, als in andern Gegenden, hat Vortragender zunächst das epileptische Irresein einer Untersuchung in dem erwähnten Sinne unterzogen. Begünstigt wurde diese Untersuchung durch die grosse Anzahl der Epileptiker in der Rybniker Anstalt.

Vortr. konnte für das transitorische Irresein der Epileptiker keinen Unterschied zwischen dem Verlauf in Rybnik und dem anderwärts auffinden, während für das chronisch-epileptische Irresein nur eine einzige Abweichung zu bemerken war. Diese Abweichung besteht im Verhalten der Epileptiker bei der Arbeit. Während in andern Gegenden die Epileptiker sich durch ein grosses Ungestüm und eine auffällige Unermüdlichkeit bei der Beschäftigung auszeichnen, thun sich dieselben in der Rybniker Anstalt bei der Arbeit in keiner Weise hervor. Der einzige Epileptiker der genannten Anstalt, welcher das anderwärts zu beobachtende Verhalten annähernd zeigt, ist kein Oberschlesier, sondern stammt aus Breslau. Als Grund dafür führt Vortr. die den Oberschlesiern von Kindheit an innewohnende Trägheit an.

Bei der kurzen Beobachtungszeit will sich Vortr. noch kein endgültiges Urtheil über das behandelte Thema gestatten. (Autoreferat.)

4. Dr. *Kurella* bespricht: Einen Fall von Geistesstörung bei Morbus Basedowii.

Der Fall ist zum Gegenstand einer längeren Mittheilung gewählt wor-

Digitized by Google

den, nicht weil er besonders geeignet ist, die Pathologie des Morbus Basedowii aufzuhellen, sondern einmal, weil er ein Gegenstand forensischer Beurtheilung war, und dann wegen einer Häufung von Begleiterscheinungen, wie sie selten vorkommt. Es handelt sich um einen 31jährigen Gerichtsbeamten, der wegen einer Reihe raffinirter Unterschlagungen und Fälschungen bei der Führung seiner Kasse im Anfang September vorigen Jahres in Untersuchungshaft kam und Anfang December nach einem epileptischen Anfall psychisch erkrankte. Der Gefängnissarzt erklärte ihn für einen Simulanten, während der Arzt eines andern Gerichtsgefängnisses, in das der Angeklagte Mitte December überführt wurde, erklärte, der Angeklagte wäre Epileptiker, nicht im vollen Besitz seiner geistigen Kräfte, vielmehr geistig minderwerthig und sittlich krankhaft gehemmt. Symptome acuter psychischer Störung wurden bis zur Ueberführung des Angeklagten in die Kreuzburger Anstalt seit Mitte December nicht mehr beobachtet. Hier wurde das ausgesprochene Symptomenbild des Morbus Basedowii festgestellt. Neben hochgradigem Struma fand sich ausgebildete Tachycardie und starker Exophthalmus. Von Augenerscheinungen fand sich ferner hochgradige, der Anamnese nach schnell progressive Myopie, concentrische Gesichtsfeldeinschränkung; die Muskeln des Bulbus zeigten allgemeine Herabsetzung ihrer Leistung, die sich in einem ausserordentlich starren Blick aussprach. Daneben bestand deutliche Parese beider Mm. recti externi, so dass eine dauernde Divergenz der Sehachsen bestand, die beiden Lidspalten klafften stark, Ober- und Unterlider waren stark retrahirt, der periodische Lidschlag fehlte ganz, so dass periodisch Thränen träufelten, das obere Lid folgte der Senkung der Blickebene nicht (*Graefe*'sches Symptom). Von anderweitigen Störungen der motorischen Innervation ist ein schnellwelliger Tremor zu nennen, und in der Anstalt ein einmaliger kurzer epileptischer Anfall. Von vasomotorischen Störungen bestand Neigung zum Schwitzen: Täches cerebrales und urticaria factitia waren jederzeit leicht nachzuweisen. Bemerkenswerth sind ferner heftige Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, eine eckige Affectirtheit und Befangenheit der äusseren Haltung. Störungen des Bewusstseins und der Intelligenz konnten während der 6wöchentlichen Beobachtung nicht nachgewiesen werden, vielmehr zeigte der Patient eine sehr rege Aufmerksamkeit, scharfe Auffassung, gewandte Dialectik, keinerlei Spuren einer Folie raisonnante, vorzügliches Gedächtniss und eine über seinen Stand hinausgehende Bildung und Belesenheit. Pat. zeigte sich von einer cynisch-fatalistischen Weltanschauung beherrscht, und gab zu, seine Verbrechen mit vollkommener Ueberlegung und bei klarem Bewusstsein ausgeführt zu haben. Die sehr umfangreichen Acten ermöglichten eine sehr ausführliche Anamnese, aus der sich ergiebt, dass der Patient, ein reizbarer, eitler, genusssüchtiger Mensch, durch Verschwendung zu Unterschlagungen gedrängt war, die er successiv während eines Zeitraums von 5 Monaten beging, und die er in sehr gewandter Weise zu verschleiern wusste. Für diesen ganzen Zeit-

Digitized by Google

raum lässt sich durchaus nicht der Einfluss eines pathologischen Factors nachweisen. Die im December 1890 in der Einzelhaft aufgetretene kurze psychische Störung erwies sich nach den sehr ausführlichen und interessanten Angaben des Patienten selbst als eine wenig dichte Reihe unbestimmter, bei einbrechender Nacht auftretender Gesichts- und Gehörshallucinationen; die ganze Störung verschwand nach Aufhebung der Einzelhaft vollständig. Auch die bei dem Patienten beobachteten Convulsionen scheinen nicht eigentlich epileptisch zu sein; der Angeklagte hat unter den höchst ungünstigen Verhältnissen in den 8 Monaten von seiner Verhaftung bis zum Ende der Anstaltsbeobachtung nur zwei leichte Krampfanfälle gehabt, auch in seinem gesammten Vorleben waren die Anfälle so selten, dass ihre Existenz Vorgesetzten und Collegen unbekannt war. Aetiologisch ist zu bemerken, dass der Vater des Patienten ein Menschenfeind und Sonderling war, dass der Patient eine freude- und liebeleere Kindheit hinter sich hatte, und dass seine beiden jüngeren Geschwister blödsinnig sind, die Schwester anscheinend ebenfalls an Morbus Basedowii leidet. Vortr. konnte in seinem Gutachten den Angeklagten nicht für unzurechnungsfähig erklären, betonte vielmehr, dass sowohl die Convulsionen wie die Haftpsychose desselben nur als Episoden der bei ihm bestehenden Neurose aus erblicher Degeneration betrachtet werden können, dass derselbe weder zur Zeit der That, noch während der Beobachtung ein Geisteskranker oder Epileptiker gewesen wäre.

Vortragender berührt zum Schluss die Frage nach dem Sitz und der Natur des, den *Basedow*'schen Symptomencomplex bedingenden pathologischen Processes, und meint, dass der vorgetragene Fall sich eher mit der Annahme einer allgemeinen Neurose, als der einer Poliencephalitis superior vereinbaren lässt. (Autoreferat.) Dr. *Lissauer.*

25. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalen zu Hannover am 1. Mai 1891.

Zu der um 4 Uhr Nachmittags beginnenden Sitzung hatten sich nachstehende Herren eingefunden:

Bartels-Kaiserswerth, *Brandes*, *Bruns*, *Burghard*-Hannover, *Dieckmann*-Hildesheim, *Engelke*-Rockwinkel, *Gerlach*-Marienthal, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Kremling*-Walsrode, *Nicol*-Hannover, *Roller*-Brake, *Ruharth*-Marsberg, *Schneider*-Hildesheim, *Schroeder*-Eickelborn, *Snell*-Hildesheim, *Tannen*-Hannover, *Tannen*-Hildesheim, *Wahrendorf*-Ilten, *Wagemann*-Lengerich, *Wulff*-Langenhagen.

Zum Vorsitzenden wurde *Snell*, zum Schriftführer *Tannen* gewählt.

Dr. *Wahrendorff*-Ilten: Ueber Familienpflege.

Es sei mir gestattet, heute in der Jahresversammlung unseres irren-

Digitized by Google

ärztlichen Vereins einmal wieder über Familien-Irrenpflege und deren heutigen Stand, insbesondere der unsrigen zu reden und nach einem 10jährigen Bestehen derselben im Iltener Kirchspiel — des grössten Versuchs in Deutschland auf diesem Gebiete — unsere bisherigen Erfahrungen und Resultate den anwesenden Collegen mitzutheilen.

Man kann immer noch nicht sagen, dass die Mehrheit der heutigen Psychiater derselben sympathisch gegenüberstehe. Es ist ja bekannt, dass in der Versammlung der deutschen Irrenärzte in Jena, wo die Familienpflege der Irren auf die Tagesordnung gesetzt war, dieselbe eine im Ganzen abfällige Behandlung erfuhr und man derselben nach den bislang anderer Orten gewonnenen Erfahrungen eine nennenswerthe Stelle unter den heute anerkannten Arten der Behandlung und Pflege chronischer Geisteskranker kaum zugestehen wollte. — Ich theile die dort geltend gemachten Bedenken und entgegengesetzten Anschauungen nicht, möchte aber hier unterlassen darauf einzugehen und nur hervorheben, dass ich nach den weiter bei uns gewonnenen Erfahrungen an meinem schon mehrfach dargelegten Standpunkte festhalte und fest annehme, dass die an geeignete Stelle verlegte und in zweckmässig modificirter Art ausgeführte Familienpflege eine werthvolle Erweiterung und Bereicherung unserer heutigen Irrenbehandlung darstelle. Ueberhaupt — meine ich — soll man der unläugbar vorhandenen Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten gegenüber keine irgend zulässige Art psychiatrischer Behandlung zurücksetzen, ehe sie auf ihren Werth oder Unwerth gründlich geprüft worden ist, und das scheint mir bezüglich der Familienpflege bislang nur in sehr unvollkommener Weise geschehen zu sein. — Dass die Familienpflege der Irren auch in grösserem und grössten Maassstabe möglich ist, das wenigstens beweist deren fortlaufende Entwickelung insbesondere in Belgien und Schottland, und diese Länder dürfen in mancher Hinsicht immerhin als Vorbilder dienen, wenn man auch die dortige Irrenpflege nicht in allen Theilen gutheissen will. Zwischen der durch Jahrhunderte historisch entwickelten Irrencolonie Gheels und der heute von uns geübten Familienpflege ist ein grosser Unterschied, jene ist als grossartiges Muster besonders lehrreich, wenn man bei ihrer Nachahmung versucht, die dortigen Schwächen und Fehler zu vermeiden und das Gute und Werthvolle davon zu sondern und für uns praktisch zu verwerthen. — Belgien hält, wie Sie wissen, an seinem familialen System nicht nur in Gheel selbst fest, sondern hat ausserdem noch eine zweite Irren-Colonie in grösserem Umfange — die in Lierneux — eingerichtet.

Familiale Irrenpflege ist in gewisser Beziehung auch eine sociale Frage, indem sie, wie wir sie auffassen, darauf Bedacht nimmt, für einen Theil der chronischen Irren, sei er nun so gross oder klein wie er wolle, vorzugsweise aus den unteren Ständen eine staatlich oder provinziell geregelte humane Verpflegung und Versorgung zu finden, die diese Kranken nach eingetretener relativer Beruhigung und Besserung bei ihrer Entlassung

Digitized by Google

aus den Anstalten in den eigenen Familien und Gemeinden finden sollten, aber thatsächlich und erfahrungsgemäss nicht immer finden. Gerade bei diesen Kranken, die nach eingetretener geistiger Abschwächung, nach allmählichem Abschwellen und Schwinden der krankhaften, psychischen Symptome, der Erregung, der Hallucinationen, der Wahnideen, der krankhaften Triebe und Affecte wieder die Fähigkeit erlangen, relativ freier zu leben, sollten, sobald sie voraussichtlich den Schutz und die Aufsicht der geschlossenen Anstalt entbehren können, günstigere Lebensbedingungen geschaffen werden, unter denen sie für eine zusagende äussere Existenz bis zu einem gewissen Grade wieder genussfähig werden, und unter denen noch verbliebene relativ gesunde, aber Jahre lang latent gebliebene Kräfte und Züge ihrer Persönlichkeit zum Vorschein kommen und wirksam werden können. Das aber wird in der eigenen Familie oder in dem Armen- und Siechenhause daheim nur ausnahmsweise geschehen: der aus der Anstalt entlassene Kranke wird daheim nur selten herzlich willkommen geheissen, meistens nur geduldet und als ein lästiger Zuwachs des Hauses oder der Gemeinde angesehen und darnach behandelt werden. Das ist eine allgemeine Erfahrung, und, wie bekannt, existiren vieler Orten von verdienten Irrenärzten und sonstigen Menschenfreunden gegründete Vereine zur Unterstützung entlassener Irren, die dieser Erfahrung Rechnung tragen und das Loos dieser Kranken erträglicher gestalten wollen. Und in diesem Sinne entspricht auch die familiale Irrenpflege gewiss dem heutigen hohen Standpunkt der Psychiatrie und ihrer fest gewonnenen humanen Grundlage; ich halte mich überzeugt, dass sie von dieser Seite her ihren Platz behaupten resp. sich noch mehr denselben erobern und damit diese Frage von der Tagesordnung nicht mehr verschwinden wird.

Aber auch von der finanziellen Seite bietet sie unläugbar grosse Vortheile für den Staat resp. die Provinzial-Verwaltungen, zumal wenn man, wie bei uns, eine erweiterungsfähige Irrencolonie damit in Verbindung setzen kann.

Ich erlaube mir einer ungefähren Berechnung unsere Ilttener Verhältnisse zum Grunde zu legen.

In meine Ilttener Pflegeanstalt habe ich zum Zwecke freier Behandlung unter voller Zustimmung unserer Provinzialstände und des Landesdirectoriums von ihrer Begründung an bis zum heutigen Tage 536 chronische, meist männliche Geisteskranke überwiesen erhalten. Der heutige Krankenbestand beträgt 326 Männer und 20 Frauen, von diesen gehören an:

dem Central-Pflegehause	123 Männer
und	20 Frauen
den Colonien in Ilten und auf dem Anstaltsgute Köthenwald	83 Männer
der Familienpflege	120
in Summa:	346 Kranke.

Digitized by Google

Ich glaube durch diese Zahlen auch darthun zu können, dass bei den in Anstaltspflege befindlichen Geisteskranken der Procentsatz derjenigen Irren, die sich für Familienpflege eignen, ein keineswegs geringer und zu unterschätzender ist. Nehmen wir nämlich an, dass sich in den öffentlichen und Privatanstalten der Provinz Hannover überhaupt ca. 1600 Kranke befinden, was etwa den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen wird. Davon sind, von sonstiger freier Behandlung (Irrencolonie) abgesehen, zur Zeit 120 in der Iltener Familienpflege.

Berücksichtigt man nun, dass bei uns nur Männer in Familienpflege sich befinden, nimmt man ferner an, dass in den Pflegeabtheilungen unserer 3 Provinzialanstalten ohne Zweifel sich auch heute noch manche dafür geeignete Kranke befinden, so stellt sich das Zahlenverhältniss gewiss nicht ungünstig, man würde mit einer gewissen Zuversicht reichlich 12 pCt. der gesammten Anstaltsbevölkerung als für Familienpflege geeignet ansehen dürfen.

Die Kranken in Ilten, seit dem Jahre 1878 in schnell steigenden Progressionen zu der heutigen Zahl anwachsend, würden, wie leicht ersichtlich, längst den Bau einer mindestens auf 350—400 Plätze berechneten Pflegeanstalt als nothwendig erheischt haben. Durch diese Ueberweisung von Kranken nach Ilten — ich sehe ganz ab von Liebenburg a. Harz, wohin dem Collegen Dr. *Fontheim* auch seit längeren Jahren eine grössere Zahl von weiblichen chronischen Irren überwiesen sind, ohne dass aber bislang mit dessen Anstalt eine Familienpflege in Verbindung gesetzt wäre — ist der Provinz der Bau einer neuen Anstalt nicht nur bislang erspart, sondern wird ihr voraussichtlich noch für absehbare Zeit erspart bleiben, eine Ersparung, die nach Capital und Zinsen wohl als eine sehr ansehnliche bezeichnet werden darf.

Bei dem Fortbestehen der Familienpflege sowie der Irrencolonie in Ilten und der voraussichtlichen Fortentwickelung beider ist einstweilen unsern Provinzialanstalten bei der immer von Neuem sich geltend machenden Ueberfüllung eine fortlaufende Entlastung, ein natürlicher Abfluss auch weiterhin um so mehr gesichert und dargeboten, als die Stimmung der Bevölkerung bei uns eine der weiteren Krankenaufnahme unvermindert günstige geblieben ist.

An den Bedingungen und Einrichtungen unserer Familienpflege, wie sie von mir selbst und später von Dr. *Hesse* in früheren Jahresversammlungen hier ausführlich dargelegt sind, haben wir im Laufe der Jahre wenig zu ändern Veranlassung gefunden, sie haben sich im Allgemeinen gut bewährt und was das Erfreulichste ist, wir haben Ursache mit den dadurch vermittelten Erfolgen, insbesondere auch mit der Qualification unserer Pfleger und der Stimmung der ganzen Bevölkerung den Pfleglingen gegenüber recht zufrieden zu sein, so dass den Kranken unserer Familienpflege sowohl eine wohlwollende Pflege, als auch eine allgemeine freundliche Behandlung gesichert ist.

Digitized by Google

Da inzwischen in meiner Anstalt die Irrencolonie aus kleinen Anfängen und geringen Dimensionen heraus durch den Ankauf des Anstaltsguts Köthenwald eine grössere Bedeutung erlangt hat und nunmehr einer fortlaufenden Entwickelung und Erweiterung fähig ist, so haben wir in Ilten nebeneinander zwei nahe verwandte Arten freier Irrenbehandlung, die sich nicht nur gut neben einander vertragen, sondern sich gewissermaassen ergänzen. Es wird demnach von der Pflegeanstalt resp. seinem Pflegehause in Ilten, dem werthvollen Centrum der ganzen Abtheilung aus, eine dreifache Modification der Behandlung zur Ausführung gebracht. Zunächst sind wir selbstverständlich gezwungen, einen Theil und zwar einen nicht unbeträchtlichen Theil der aus den Provinzialanstalten überwiesenen Kranken im Pflegehause — eben weil sie sich für die Aussenbehandlung gar nicht oder noch nicht eignen — ganz oder zeitweilig zu belassen oder wir versetzen sie in die Colonien (im Orte Ilten selbst oder Köthenwald) und damit in eine mehr oder weniger grosse Freiheit und Selbständigkeit; ein dritter Theil der Kranken aber und zwar der grösste, wie vorbenannte Zahlen erweisen, gelangt in die Familienpflege und damit in eine Existenz, die dem in gesunden Tagen gewohnten Leben des kranken Individuums am nächsten kommt.

Möge man es mir nicht als Optimismus und noch weniger als Egoismus auslegen, wenn ich diese so bei uns geübte Behandlung der dafür geeigneten Geisteskranken in ihrem Nebeneinander der Tendenz nach für die geeignetste und idealste ansehe, über welche hinaus einen weiteren Schritt zu thun, mir heute kaum möglich erscheinen will. Dass aber der Ausführung doch allerlei Schwächen anhaften, dass Fehlgriffe und Irrthümer häufig genug vorkommen, dass Täuschungen und ernste Erfahrungen uns nicht erspart geblieben sind, gestehe ich bereitwilligst ein, aber sie sind keineswegs entmuthigender Art, und ich darf es als ein Glück preisen, dass wir von schweren Unglücksfällen — einen Selbstmord abgerechnet — in der freien Behandlung bislang bewahrt geblieben sind.

Nach dem Gesagten werden Sie es so begreiflich als verzeihlich finden, dass ich dieser Art der Irrenpflege trotz der unvermeidlichen ihr noch anklebenden Schwächen immer mehr zunehmende Sympathien aus maassgebenden irrenärztlichen und Regierungskreisen wünsche und allen Versuchen in dieser Richtung mit aufrichtigstem Interesse folge. Und an diesen Sympathien hat es uns auch bislang schon nicht gefehlt; wir erhalten häufig Besuch von Collegen, die kommen, unsere ganze Anstalt, insbesondere aber deren Familienpflege zu besichtigen. Ich erhalte gar häufig Anfragen bezüglich derselben von Behörden, besonders den Provinzialbehörden, und den Besuch von Mitgliedern derselben, die den Zweck verfolgen, sich mit mir über die eventuelle Gründung einer familialen Irrenpflege in ihrer Provinz in Beziehung und Berathung zu setzen. Indem ich fast ausnahmslos die Freude habe, dass die Besucher einen freundlichen Eindruck und Befriedigung mit dem, was sie sahen, hinweg-

nehmen, komme ich nicht selten in die Lage, meine Ansichten über die Art und Weise, wie anderer Orten die Idee der Familienpflege am zweckmässigsten zu verwirklichen sein werde, darzulegen. Ich erlaube mir dieselben auch an dieser Stelle in Kürze zu wiederholen.

Zunächst muss für jeden Versuch der Art eine dafür besonders geeignete Landschaft mit einer wohlhabenden, wohlgesinnten Bevölkerung ausgesucht werden. Von vornherein auszuschliessen ist eine arme Gegend aus dem leicht ersichtlichen Grunde, weil die Kranken, die wir in unsern Anstalten kräftig und reichlich zu nähren bestrebt und verpflichtet sind, in dieser Beziehung sich nicht verschlechtern dürfen. Empfehlenswerth ist es ferner, eine dicht bewohnte Gegend am Besten mit zusammenhängenden grösseren Ortschaften und ohne viele Einzelgehöfte zu wählen, weil dadurch die ärztliche Beaufsichtigung und die gegenseitige Controle der Pfleger sehr erleichtert wird. Man soll, meine ich, keine grossen Districte für Familienpflege in Aussicht nehmen, dieselben auf 150, höchstens 200 Kranke berechnen, nöthigenfalls kann an anderer Stelle eine weitere Familienpflege organisirt werden. Ein so grosses Gebäude aber wie die Campine scheint mir für dieselbe, wie wir sie im Auge haben, völlig ungeeignet zu sein, abgesehen von dem Missstande, dass die Irrencolonie Gheels alle möglichen Formen von Geisteskranken, auch in primären Stadien, aufnimmt und somit eine Anstalt für sich, oder sagen wir bei ihrer Grösse lieber, eine Summe von Anstalten repräsentirt und in sich vereinigt.

Ländlich bäuerliche Verhältnisse sind denen einer Stadt resp. eines Städtchens vorzuziehen. Inmitten des Bezirks, nicht zu weit von den einzelnen Ortschaften des Bezirks entfernt muss — und das ist unerlässliche Bedingung — als Centrum eine kleinere oder grössere Pflegeanstalt und daneben die Wohnung des ärztlichen Leiters derselben wie der Familienpflege vorhanden sein. Ist das Centrum eine staatliche Anstalt, um so besser, es würde durch sie die Auswahl der Kranken eine leichtere, der Wechselverkehr zwischen Familienpflege und der provinziellen Anstalt ein directerer und regerer sein können. Ist das nicht der Fall, so empfiehlt es sich, am richtigen Orte ein Pflegehaus in einfacher und doch praktischer Weise herzustellen, oder dazu geeignete, schon vorhandene Baulichkeiten einzurichten. Dass man ältere Gebäude recht wohl dazu verwenden kann, haben wir in Ilten mit Befriedigung erfahren. Je nach Bedürfniss kann man daran Erweiterungen und Umbauten vornehmen. Für alle Fälle muss die Centralpflegeanstalt der Grösse nach mindestens dem Umfange der Familienpflege entsprechen.

Selbstverständlich wird die Leitung der Centralanstalt und der damit verbundenen Familienpflege immer am Geeignetsten einem psychiatrisch gebildeten Arzte zu überweisen sein; unter sonst günstigen Umständen und namentlich im Beginn derselben würde man auch dem ansässigen Arzte, wenn er dafür Interesse hätte, eventuell dem Kreisphysicus die

Digitized by Google

Einrichtung und Leitung übergeben können. Ueberhaupt würde ich es unter allen Umständen empfehlenswerth halten, wenn man sich der Mitwirkung eines schon längere Zeit in der Gegend ansässigen Arztes versicherte; man dürfte bei ihm voraussetzen, dass er die Bevölkerung der Gegend und die einzelnen Familien genau genug kenne, um die letzteren in Beziehung auf ihre Qualification für Familienpflege näher charakterisiren zu können. Trifft es sich, dass der Geistliche des Bezirks ein Mann von wahrer Geistes- und Herzensbildung ist und zugleich Verständniss und Interesse zeigt für die Eigenart der Kranken und deren Behandlung, so kann derselbe als Mithelfer bei der Ueberwachung und günstigen Beeinflussung der Familienpflege von grossem Werthe sein. An den Bedingungen und Einrichtungen unserer Familienpflege, einschliesslich der Instruction für die Pfleger, wie solche bereits früher ausführlich mitgetheilt sind, haben wir keine Veranlassung gefunden, erhebliche Aenderungen vorzunehmen: die betreffenden Einrichtungen haben sich bei uns bewährt.

Was nun den Einfluss der Familienpflege auf den Kranken selbst betrifft, so ist derselbe durchschnittlich ein entschieden günstiger. Schon kurze Zeit nach dem Uebergange in das neue Verhältniss ist den Pfleglingen das grössere subjective Wohlbefinden anzusehen und anzumerken: soweit sie sich dessen bewusst sind und zusammenhängend denken, rühmen sie ihre neue Existenz und wollen in der Regel von einer Rückkehr nach Ilten ins Pflegehaus nichts wissen. Sie werden meist schnell bekannt im Hause des Pflegers, befreunden sich mit den neuen Verhältnissen, kommen aus ihrer Zurückhaltung mehr und mehr heraus, betheiligen sich an den kleinen Arbeiten des Haushaltes wie an der landwirthschaftlichen Thätigkeit, sie gewinnen namentlich leicht die Kinder lieb und warten sie. In manchen Fällen werden sie besonders gute Landarbeiter oft da, wo man es früher gar nicht erwarten konnte. In dem Aeusseren der Kranken prägt sich meistens bald der günstige Einfluss des ländlichen Familienlebens aus: die meisten bekommen ein frischeres Aussehen, zeigen eine grössere Beweglichkeit und Kräftezunahme, sie werden aufmerksam auf die Vorgänge ihrer Umgebung, gewinnen grössere Interessen — Alles das natürlich nach Maassgabe der Form, der Stufe und des Grades ihrer geistigen Störung. Bei einer grösseren Mehrzahl der Kranken tritt Gewichtzunahme ein.

Dass wirkliche Heilungen bei unsern fast ausnahmslos als unheilbar uns übergebenen Kranken sehr vereinzelt und selten vorkommen, kann wohl nicht Wunder nehmen; abgeschlossene cerebrale, organische Processe sind auch durch die neuen Einflüsse nicht zu beseitigen, indess sind doch einzelne Genesungen und auffällige Besserungen vorgekommen.

Der Hauptwerth der Familienpflege wird immer darin bestehen, diesen Kranken im Gegensatz zu dem monotonen und traurigen Anstaltsleben eine freundlichere, ihrem früheren gesunden Leben näherstehende Existenz bereitet zu haben.

Digitized by Google

Ich muss fürchten, Ihre Geduld durch meine Mittheilungen schon zu lange in Anspruch genommen zu haben, möchte jedoch zum Schluss noch einige kurze Zusammenstellungen geben, die ein allgemeineres Interesse haben dürften. Zunächst möchte ich Ihnen die Berufsarten unserer Pfleger bis heute nennen.

Es nehmen an der Familienpflege Theil:

1 Prediger, 1 Lehrer, 1 Färber, 7 Gastwirthe, 3 Bäcker, 5 Leineweber, 1 Schmied, 1 Maurer, 4 Tischler und Stellmacher, 1 Seiler, 2 Sattler, 1 Schuhmacher, 4 Schlachter, 4 Fuhrleute, 2 Wärter, 2 Müller, 1 Schachtmeister, 4 Schneider, 3 Schäfer, 24 Landwirthe und Hofbesitzer.

Gemeldet zur Zeit haben sich 17 neue Pfleger, 120 Betten resp. Plätze sind besetzt, freie, vacant gewordene Betten, die jederzeit wieder belegt werden können, sind noch 9 bei verschiedenen Pflegern vorhanden. Zur Zeit sind besetzt Plätze in der Familienpflege den einzelnen Orten nach:

in Ilten	5 einzelne 12 zu zweien	= 29 und 5 in besserer Privatpflege	= 34
in Bilm	11 einzelne 12 zu zweien	. . . . .	= 35
in Ahlten	7 einzelne 15 zu zweien	. . . . .	= 37
in Höver	4 einzelne 5 zu zweien	. . . . .	= 14
		Summa Pfleglinge	120

Bewegungen in der Familienpflege während des Jahres 1890 waren folgende:

Hinausgegeben wurden 39, zurückgenommen 17 Kranke, davon einer wegen schwerer Krankheit, 2, die dem Pfleger (Trinker) entzogen wurden, 14, weil für die Familienpflege resp. für das betreffende Haus ungeeignet. Entweichungen, die in der Familienpflege begreiflicher Weise nicht so selten sind, kamen im Jahre 1890 besonders häufig, nämlich 7 mal vor: die betreffenden Kranken wurden sämmtlich innerhalb kurzer Frist, meist noch an dem Entweichungstage, zurückgebracht.

In diesem Jahre dagegen ist bislang eine Entweichung nicht vorgekommen.

Es dürfte von Interesse sein, noch die Krankheitsformen zu bezeichnen, die bei unsern Pfleglingen theils von uns in Ilten, theils schon früher bei der Entstehung ihrer Psychose laut Physikatsbericht oder in den betreffenden Provinzial-Anstalten diagnosticirt waren.

Darnach leiden unsere zur Zeit in Familienpflege befindlichen Kranken oder litten:

Digitized by Google

an Idiotie leichteren oder schwereren Grades	10
an Paranoia mit verblassten Wahnideen und Hallucinationen und mehr oder weniger vorgeschrittenen geistigen Schwächezuständen	51
an Blödsinnsformen	56
an Neurasthenie mit periodischer Depression	1
an epileptischem Irresein	1
an paralytischem Irresein	1
	= 120

Es dürfte in dieser Zusammenstellung die grosse Anzahl von Verrückten auffallen, aber auch von Interesse sein. Man wird geneigt sein, dieselben wegen ihres, theilweise noch jetzt im Vordergrunde ihres Bewusstseins stehenden Wahnsystems für solche Verpflegung ungeeignet zu halten. Gleichwohl stellen sie, da sie, wenn ihre Psychose eine entsprechende Abschwächung erfahren hat, doch geistig noch höher stehend und regsamer sind, unsere besten Pfleglinge dar.

Die Dauer der Verpflegung der einzelnen Kranken in den Familien betreffend, ist das Verhältniss folgendes:

Von den 120 Kranken ist einer bereits seit 1880 bei demselben Pfleger, 4 seit 1881, 3 seit 1882, 3 seit 1883, 8 seit 1884, 11 seit 1885, 24 seit 1886, 10 seit 1887, 8 seit 1888, 7 seit 1889, 22 seit 1890.

Die Entwickelung der Familienpflege während der 11 Jahre ihres Bestehens ist aus folgender Zusammenstellung ersichtlich:

Es war nämlich der Bestand der Familienpflege in den einzelnen Jahren: 1880 = 5, 1881 = 8 (und 2 Frauen), 1882 = 37, 1883 = 46, 1884 = 49, 1885 = 64, 1886 = 89, 1887 = 100, 1888 = 105, 1889 = 100, 1890 = 109, heute = 120.

Ich schliesse diese meine heutigen Darlegungen, die trotz ihrer Ausdehnung doch immer noch lückenhaft bleiben, mit dem aufrichtigen Wunsche, dass die Herren Collegen Ihrerseits sich für die Fortentwickelung der Familienpflege erwärmen und die feste und anerkannte Aufnahme derselben in unsere Irrenbehandlung in ihrem Berufe und Wirkungskreise vermitteln und fördern möchten. Sie werden bald erkennen, dass dieselbe in psychiatrischer wie ethischer Beziehung eine dankbare Aufgabe und Bedeutung in sich trägt. —

An der Discussion betheiligten sich *Snell* und *Engelke*: ersterer hob hervor die Schäden der Verpflegung in Gheel.

Bruns-Hannover. Der Vortragende demonstrirt zunächst das Gehirn eines Falles von sensorischer Aphasie (Worttaubheit). Der Kranke hatte am 5. und 8. Februar d. J. je einen Schlaganfall erlitten. Er bot im Anfang complete Aphasie: rechtsseitige motorische und sensible Hemiplegie und rechte Hemianopsie (keine Perimeteruntersuchung). Die motorischen Störungen: die Hemiplegie und die motorische Aphasie besserten sich bald wieder: die rechte Hemianästhesie blieb bis zum Tode

mehr weniger deutlich bestehen: über die Dauer der Hemianopsie kann Bestimmtes nicht gesagt werden, da Pat. späterhin auch zu groben Prüfungen nicht zu gebrauchen war. Die Sprache bot nach Aufhören der Shokerscheinungen deutlich das Bild der „sensorischen Aphasie". Das Sprachverständniss war fast ganz erloschen: nur ab und an schien Pat. einzelne einfache Wörter zu verstehen, doch musste man sich ungeheuer vor verständlich machenden Gesten hüten, auf die der Pat. mit sehr feinem Verständniss und grosser Aufmerksamkeit reagirte. Was den motorischen Theil der Sprache anbetraf, so bestand zunächst ein Symptom, welches *Freund* in seiner „optischen Aphasie" besonders hervorhebt: auch im vorliegenden Falle bestand ja im Anfang schon rechte Hemianopsie und in den Fällen *Freund's* mehr weniger deutliche Worttaubheit. Pat. sprach mit ziemlich reichlichem, ja im übrigen wohl unbegrenzten Wortschatze: doch fehlten ihm alle Hauptwörter mit ganz vereinzelter Ausnahme. So sprach er eigentlich nur in unvollendeten Sätzen oder in kurzen Gemeinplätzen: wenn er an die Hauptsache kam, stockte er und brach dann meist mit einem Fluche ab. In diesem Stadium bestand für die vorhandenen Worte keine Paraphasie. Später, möglicher Weise mit Aufhellung der Hemianopsie, stellten sich auch die Hauptworte wieder ein, nun aber wurde die Paraphasie immer deutlicher, manchmal fast choreatisch. Da Pat. Musiker war, (Clarinettist in der Hoftheaterkapelle) so konnte man sein Verhalten zur Musik gut controliren. Er fasste zunächst jede Melodie richtig auf: setzte sie singend richtig fort oder spielte sie auf dem Clavier nach. Auf dem Clavier und der Clarinette spielte er auch spontan grössere Stücke: nur sehr gehindert durch die rechtsseitige Hemianästhesie: er griff oft falsch, merkte das aber sofort und wurde darüber sehr erregt. Für die Schrift bestand verbale Agraphie: nur die Abschrift war noch möglich, besonders die von Zahlen, führte aber noch zum Verständniss der Schrift. Das Lesen war ganz verloren. Irgend welche Zeichen von Seelenblindheit bestanden nicht. Pat. gebrauchte alle Gegenstände richtig — doch fand er den Namen vorgehaltener Gegenstände nicht — auch nicht mit Hülfe anderer Sinne z. B. des Tastsinnes, (im Gegensatz zur uncomplicirten optischen Aphasie). Psychisch war er immer sehr erregt, bei voller Einsicht in seinen Krankheitszustand und zuletzt so sehr, dass er auf die hiesige Irrenstation gebracht werden musste. Hier starb er am 26. April an Wassersucht, ohne dass er einen neuen Schlaganfall erlitten hatte. Die Section am 27. ergab eine totale Erweichung der ersten linken Schläfenwindung mit Ausnahme ihrer vordersten Partien: nach hinten zu ging die Erweichung unter resp. hinter der ersten Schläfenfurche etwas auf den Gyrus angularis über (Hemianopsie) auch die hinteren oberen Partien der 2. Schläfenwindung waren wohl mitergriffen. Sämmtliche übrigen Theile waren soweit sich das ohne Querschnitte beurtheilen liess, (das Gehirn wurde in toto zur Härtung in Chromsäure gelegt) intact. Bei einem Einstich in die schwappende Rinde

Digitized by Google

der ersten linken Schläfenwindung ergoss sich eine milchige Flüssigkeit: dann sank die Rinde stark ein.

Bruns demonstrirt ferner die mikroskopischen Präparate des Rückenmarkes von multipler Sklerose, das er im vorigen Jahre gezeigt: sowie die Photogramme eines sehr ausgeprägten Falles von Morbus Basedowii und eines Falles von langsam fortschreitender linker basaler Hirnnervenlähmung — Nervus VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, ganz gelähmt, in V Neuralgieen. Für die Ursache ist Lues am wahrscheinlichsten. Das eine Photogramm des Falles von *Basedow* zeigt sehr deutlich das sogenannte *Gräfe*'sche Symptom: bei vollständiger Senkung des Blickes nach unten steht das Oberlid noch weit über dem Cornealrande. In den Handbüchern heisst es meist, dass beim *Gräfe*'schen Symptome das Lid den Bewegungen des Bulbus nach unten und nach oben nicht folge. Nur im Handbuche von *Gräfe-Saennich* findet sich die Bemerkung, dass das Symptom sich besonders bei Blickrichtung nach unten finde. In den Fällen die *Bruns* bisher gesehen, war das Symptom nur bei Blickrichtung nach unten deutlich: nach oben folgte das Lid. Uebrigens steht im vorliegenden Falle schon bei horizontaler Blickrichtung das Lid soweit nach oben, dass eine weitere Hebung kaum mehr möglich ist.

Schliesslich spricht *Bruns* über 2 Fälle von der besonders von den Franzosen beschriebenen sogenannten „obsession" durch Worte — und zwar durch Worte zotigen und zugleich blasphemischen Charakters, in beiden Fällen verbunden mit Zwangshandlungen. *Bruns* vermag für den Ausdruck „Obsession" keinen guten deutschen zu finden, da die directe Uebersetzung „Besessenheit" doch zu sehr nach dem Teufel klingt. Beide Kranke sind Männer im mittleren Alter, hereditär belastet und zeigten auch sonst eine Anzahl Symptome der Degeneration. Der erste wurde durch, fast in alle seine Gedanken und Handlungen sich eindrängende, schmutzige Worte gequält, die sich auf besonders geliebte Angehörige, Vater, Mutter, Frau und Sohn bezogen und dadurch eine Art blasphemischen Charakters zeigten, im 2. Falle waren es directe Gottblasphemieen, die unaufhörlich innerlich bei dem Kranken erklangen. Für den 1. Fall ist noch bemerkenswerth, dass schon einmal vor Jahren ein ganz ähnlicher Zustand ganz acut entstanden war, indem den Pat. ein zufällig gehörtes besonders zotiges Wort ein Vierteljahr lang verfolgt hatte. Dann war er $3^3/_4$ Jahre lang frei gewesen, und erst nach seines Vaters Tode, der ihm sehr nahe gegangen war, stellten sich andere gemeine Worte wieder ein und bezogen sich zuerst auf den von ihm sehr geliebten Vater. Später erweiterte sich das auf alle Angehörigen: die schmutzigen Worte traten aber nicht nur beim Umgang mit oder bei directem Denken an die betreffenden Personen auf, sondern z. B. auch bei allen Dingen, die je mit demselben in Beziehungen gestanden hatten, so z. B. beim Vorbeigehen vor den Häusern, in denen der Vater gewohnt, bei dessen Bankier, auch bei einer Bank in der Allee, bei dem dem Kranken zum ersten Male das betreffende Schimpf-

Digitized by Google

wort auf den Vater gekommen war; später übrigens bei ungefähr allen, auch den trivialsten Handlungen (Anziehen, Ausziehen, Seitenumschlagen etc.). Letzteres war auch beim 2. Pat. der Fall. Es waren stets dieselben nur wenigen Worte.

An diese Wortobsession schlossen sich nun mit einer gewissen Logik Zwangshandlungen an: die Kranken wiederholten alle Dinge bei denen ihnen die schmutzigen Worte aufgetaucht waren, in der Hoffnung, ohne das „Wort" fertig zu werden; da die Worte so ziemlich bei allen Handlungen auftauchten und sich auch bei Wiederholungen einstellten, so brachten sie den grössten Theil des Tages mit diesen Wiederholungen hin. Wenn der 1. Kranke z. B. einen Brief an seinen Sohn schrieb, so kam ihm nach der Adresse: „Herrn stud. jur. N . . . ." das amerikanische Schimpfwort „son of a bitch" (Hündinnensohn); er zerriss dann sofort das Couvert und schrieb ein Neues. Auch jetzt kam das Wort, wieder wurde das Couvert zerrissen; immer schneller schrieb er unter steigernder Angst und konnte 20 Couverts zerreissen, ehe er die Sache erschöpft aufgab. Er rannte, zuletzt im Galopp, immer und immer wieder an der bewussten Bank in der Allee vorbei, jedesmal war aber das Wort rascher als er. Beispiele dieser Zwangshandlungen liessen sich ins unendliche vermehren. Der 2. Kranke war in dieser Beziehung noch schlimmer, indem er nicht nur selbst alles unzählige Male wiederholte, sondern auch seine Angehörigen zur Wiederholung aller der Handlungen zwang, bei denen ihm eine Gottblasphemie aufgetaucht war. Er zeigte noch ein besonderes Symptom, das er mit dem Ausdrucke „bemänteln" belegte. War ihm z. B., wie sehr häufig, das Wort „H . . . ngott" gekommen: so sagte er innerlich dagegen „H . . . mensch": er fühlte sich dadurch erleichtert, obgleich er selbst dieses „Bemänteln" einen Blödsinn nannte. Hier erleichterten auch die Zwangshandlungen für kurze Zeit: war er dann gehindert, so wurde die Angst sehr gross; im Fall 1 war von Erleichterung keine Rede. Laut ausgesprochen wurden die Worte nie: eigentliche Koprolalie bestand also nicht.

Im Falle 2 bestand auch noch Arithmomanie: der Kranke musste zwangsmässig alles zählen und hatte eine besondere Abneigung gegen die Zahl 13; er sprang über die 13. Treppenstufe weg, machte statt des 13. Schrittes einen Satz etc.

Charakteristisch für die Zustände, die in das grosse Gebiet der Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen bei den Degeneristen (*Magnan*) gehören, ist 1. das volle Bewusstsein für das Zwangsmässsige, sit venia verbo „Fremdkörperartige" der Wortobsession und das Krankhafte des ganzen Zustandes; 2. dennoch die Angst, die das fortwährende Wiederauftauchen der betreffenden Schmutzereien begleitet; der von Zeit zu Zeit auftretende Zweifel, ob sie, die Kranken, nicht doch in etwas für die Sache verantwortlich seien; 3. die vorübergehende Erleichterung, die Pat. 2 durch sein „Bemänteln" und durch die Zwanghandlungen findet; 4. das nicht Eintreten

Digitized by Google

von Psychosen im engeren Sinne. Doch ist die Sache nicht so schlimm, genug: Pat. 2 ist vollständig erwerbsunfähig. Fall 1 zu seinem Glücke Rentier. Auch Selbstmordgedanken sind in beiden Fällen nicht selten. (Autorreferat).

Schliesslich sprach derselbe über 2 Fälle von „Obsession" durch Worte, woran sich eine Discussion über Zwangsvorstellungen anschloss.

Roller-Lindenhaus, Brake: Casuistische Mittheilungen.[1])

1. Ein Fall von Merycismus. 49jähriger Ziegelarbeiter, erblich beanlagt. Pat. soll in früherer Zeit etwas Potator gewesen sein, später weniger. 2 Jahre vor der Aufnahme Fall von einer Treppe in Zimmerhöhe. Die geistige Störung, vorher schon vorhanden, verschlimmerte sich darnach. Pat. war zu Hause befangen, lachte, weinte ohne fasslichen Grund, antwortete wenig, einsilbig. —

In die Anstalt wurde er aufgenommen den 17. März 1887. Stupor schweren Grades. Der hochgewachsene, starkknochige Kranke sitzt mit blödem Gesichtsausdruck da, zeigt wenig Selbstthätigkeit, spricht nicht oder nur einzelne Worte, zeigt ängstliches Wesen, holt tief Athem. Es besteht Paramimie. Bei ausgesprochen traurigem und ängstlichem Gesichtsausdrucke lacht der Kranke.

Von Anfang ist Rumination vorhanden. Zu bemerken ist, dass der Kranke Bulimie zeigt. Er ist sehr gierig auf das Essen, geniesst aber auch ungeniessbare und auch hässliche und widerliche Dinge. Er ass Laub, ferner Gras, Holz, Erde, auch Federn. Stroh wurde ihm in langen Halmen aus dem Halse gezogen. Auch Koprophagie kam vor. Dem Kranken wurde das Essen gegeben, weil er in seiner Gier und Unbeholfenheit zu viel verschüttete. Durch das Geben des Essens wurde auch das zu hastige Verzehren der Nahrung verhütet. Der Vorgang der Rumination gestaltete sich folgendermaassen. Das Schlucken geschieht beschwerlich, mit einiger Anstrengung. Bei flüssiger Nahrung erfolgte dadurch, dass etwas in den Kehlkopf gelangte, Husten. Der Kranke macht Bewegungen mit Kopf und Oberkörper, lässt Stöhnen vernehmen. Es findet eine Art Würgebewegung statt. Während des Essens treten Ructus auf. Der Kranke empfindet unzweifelhaft ein Gefühl des Unbehagens, welches sich in seinen Bewegungen, seiner Unruhe äussert.

Sofort nach der Mahlzeit kommt der Mageninhalt in wiederholten Stössen wieder herauf in den Mund, wird vom Kranken nochmals gekaut und geschluckt. Nach der Mahlzeit sind lebhafte Bewegungen am Epigastrium sichtbar, augenscheinlich durch Contractionen des Zwerchfells veranlasst. Im Anfange des Aufenthaltes des Kranken in der Anstalt waren die Contractionen nicht so intensiv wie in der späteren Zeit. Sie erreichten dann eine bedeutende Stärke, der Mageninhalt wurde in Stössen heraufgeschleudert, die theilweise so heftig waren, dass die Speisen bis

[1]) Theilweise etwas umgearbeitete Wiedergabe des Vortrages.

Digitized by Google

zu einer Entfernung von 2 Met. herausgespritzt wurden. Etwas Flüssigkeit kam auch aus der Nase. Den grösseren Theil behielt der Kranke auch jetzt noch im Munde, kaute und schluckte ihn noch einmal. Der Kranke lässt Zähneknirschen vernehmen; es kommt zu Husten, an welchen sich später Gähnen schliesst. Der Kranke kam allmälig mehr und mehr herunter und starb nach etwas mehr als 2jährigem Aufenthalte den 1. Juni 1889 an Apoplexie. Wesentlicher Obductionsbefund: Pacchymeningitis externa. Serum im Sacke der Dura mater. Ferner war die ganze rechte Hirnhemisphäre von einem Bluterguss bedeckt. Dieser erstreckte sich an der Basis auf die vordere und mittlere Schädelgrube. Das Blut war theils flüssig theils geronnen. Das geronnene liess sich als organisirte Schwarte in mehreren Lagen abziehen. Links zeigte die Dura mater zahlreiche etwa erbsengrosse Hämorrhagien. Die Art. bas. war etwas atheromatös. Der Oesophagus war auffallend lang, indessen ist bemerkt, dass der Kranke ein sehr hochgewachsener Mann war. Die Länge der Speiseröhre betrug vom Os hyoideum bis zur Cardia etwa 32½ cm. Das untere Drittel des Oesophagus war etwa 1 cm weiter als der obere Theil. Der Magen ist von etwa normaler Weite; im Fundus finden sich eine Anzahl punktförmiger Hämorrhagien.

Ruminatio humana ist im Ganzen noch nicht häufig beschrieben. In *Eulenburg's* Realencyclopädie [1]) steht unter Rumination nur bemerkt: ein seltenes, namentlich bei Oesophaguskrankheiten (Erweiterung und Divertikelbildung) beschriebenes Symptom.

Alt in einem nachher zu erwähnenden Artikel bestätigt die Seltenheit und sagt, im Laufe von fast 3 Jahrhunderten seien noch nicht ganz 100 Fälle beobachtet.

Der vorliegende Fall ist auf das Verhalten der freien Salzsäure nicht geprüft worden; nur einmal wurde eine ungenügende und ein sicheres Resultat nicht ergebende Untersuchung des herausgeschleuderten Mageninhaltes vorgenommen. Die Untersuchung unterblieb zunächst aus äusserlichen Gründen, würde übrigens bei dem stuporösen, von dumpfen Angstgefühlen beherrschten, unzugänglichen Kranken immerhin Schwierigkeiten geboten haben. Indessen wechselt auch der betreffende Befund beträchtlich und das Interesse des vorgetragenen Falles liegt wesentlich nach anderer Seite.

Jürgensen-Kopenhagen [2]) hat 4 Fälle von Ruminatio humana zusammengestellt, bei welchen 1 Mal Hyperacidität, 1 Mal Subacidität und 2 Mal Anacidität beobachtet wurde.

Hierzu ist neuerdings noch der Fall von *Freyhan* [3]) gekommen, bei welchem Subacidität vorlag.

Verga beschäftigt sich im Arch. ital. per le malattie nerv. von

[1]) 1. Aufl. 1882.

[2]) Berliner Klinische Wochenschrift, No. 46, 1888.

[3]) Ein Fall von Rumination. Deutsche medic. Wochenschr., No. 41, 1891.

Digitized by Google

1889[1]) mit den Fällen von Merycismus bei Geisteskranken bezw. Schwachsinnigen. Unter 69 von *Cantanaro* gesammelten Fällen waren 36 geistig abnorm. *Cantanaro* hatte das Wiederkäuen als ein atavistisches Zeichen betrachtet wissen wollen, wogegen *Verga* sich wandte.

Die frühere Litteratur findet sich in dem Artikel von *Alt*[2]) aufgeführt.

Gemeinsam ist den angeführten Fällen, den beiden von *Jürgensen*, dem von *Alt*, dem von *Boas*[3]) und dem von *Freyhan*, dass die Rumination ohne besondere Beschwerden für die Patienten vor sich ging. Es war ein ruhiges Aufsteigen des Mageninhaltes. Der *Alt*'sche Kranke hatte erst beim Wiederkäuen den richtigen Geschmack von den Speisen. In dem Falle von *Boas* ruminirte der Patient „offenbar mit grossem Behagen, und es war ihm ganz besonders angenehm, viel und oft Süssigkeiten zu sich zu nehmen". Auch der *Freyhan*'sche Kranke „kaute die wieder hochgekommenen Bissen sorgfältig und mit eben so grossem Behagen wie beim ersten Einführen durch".

Bei dem Kranken, über dessen Zustand ich berichtet habe, lagen die Verhältnisse in mehrfacher Beziehung anders als in den citirten. Die Erscheinungen, unter welchen bei ihm die Rumination geschah, lassen keinen Zweifel daran, dass sie durch centralen Reiz bedingt war. Augenscheinlich war es die schwere Erkrankung des centralen Nervensystems, welche krampfhafte Contractionen des Zwerchfelles hervorrief. Wie diese, für das Auge deutlich erkennbar, an sich aber den Vorgang des Ruminirens nicht erklärend, entstanden, so werden in ähnlicher Weise Contractionen der Musculatur des Magens durch den centralen Reiz hervorgerufen worden sein. In dem mitgetheilten Falle fand Merycismus statt, ausserdem aber förderten in krampfartiger Weise erfolgende Stösse den Mageninhalt nach aussen, wie dies oben näher geschildert wurde. Das Hochkommen der Speisen fand sofort nach der Mahlzeit statt.

In dem Falle von *Alt* geschah das Wiederaufsteigen theils wenige Minuten nach dem Genusse theils bedeutend länger nachher. In dem von *Boas* geschieht es unmittelbar nach dem Essen, nach grösseren Mahlzeiten noch 3—4 Stunden darnach. Er selbst beobachtete das Hochkommen bei seinem Patienten als einen so ungemein schnellen Vorgang, dass die Inspection in hohem Grade beeinträchtigt war.

In den beiden Fällen von *Jürgensen* beginnt das Ruminiren sofort nach der Mahlzeit. In dem Falle von *Freyhan* begann die Rumination nach verschieden langer Zeit, gewöhnlich 3—5 Minuten nach der Mahlzeit.

Die wesentlichen Unterschiede in den Erscheinungen bei den sonstigen

---

[1]) Ref. in *Mendel's* Neurol. Ctrlbl. No. 23, 1889.

[2]) Beitrag zur Lehre vom Merycismus. Berl. klin. Wochenschr. No. 26 und 27, 1888.

[3]) Ein Fall von Rumination beim Menschen mit Untersuchung des Magenchemismus. Berl. klin. Wochenschr. No. 31, 1888.

Digitized by Google

Merycismusfällen von dem vorgetragenen liegen auf der Hand. Bei diesem ist das Wiederkäuen zwar in vollem Maasse vorhanden, es erscheint aber als eine Wirkung krampfartiger Muskelcontractionen, sichtbarer Weise des Zwerchfelles und unzweifelhaft des Magens.

Dem *Alt*'schen Kranken war es möglich, das Ruminiren mehrere Stunden zu unterdrücken. Davon konnte in meinem Falle keine Rede sein.

Der stuporöse, augenscheinlich dabei von Angstgefühlen gequälte, benommene, ausser der Gier auf's Essen kaum irgend welche Selbstthätigkeit zeigende blödsinnige Kranke war so zu sagen ein Object des Reizvorganges, der sich in seinem Magen abspielte.

Das Wiederkäuen erfolgte, indem der Mund, während der Mageninhalt heraufgestossen wurde, sich (reflectorisch) schloss und der Kranke reflectorisch zu kauen anfing und ebenso wieder schluckte. Der Vorgang kam ihm, wie es schien, nicht oder nur dunkel zum Bewusstsein. Aber augenscheinlich waren dumpfe Unlustgefühle damit verbunden. Die Erscheinungen sind oben geschildert, aus denen sich ergiebt, wie sehr er von Unbehagen schon während des Schluckens und dann nach der Mahlzeit beherrscht erschien.

Der starke centrale Reiz wird namentlich auch durch das bei dem Kranken beobachtete Zähneknirschen dargethan. Die Obduction hat ergeben, dass eine bedeutende hämorrhagische Pacchymeningitis mit theils alten theils frischen Blutergüssen auf der rechten Seite vorhanden war; auf der linken zeigte die Dura mater zahlreiche etwa erbsengrosse Hämorrhagien. Einseitige Reiz- oder Lähmungserscheinungen wurden bei dem Kranken nicht beobachtet, nur hing er etwas nach R. (nicht nach L.) über. Die Dura mater des Rückenmarkes war frei; dieses zeigte nichts Besonderes. Der Befund an Oesophagus und Magen wird zur Erklärung des Merycismus nicht herangezogen werden können. Das untere Ende des Oesophagus war für 2 Finger durchlässig. Der Umstand, dass der Oesophagus in in seinem unteren Drittel etwa 1 cm weiter war, konnte bei der sonstigen im Wesentlichen vorhandenen Intactheit der betreffenden Theile, namentlich der Abwesenheit von Divertikelbildung oder Verengerung der Cardia wohl nicht in Betracht kommen. Der Magen selbst zeigte, wie oben angegeben, nichts Bemerkenswerthes.

Die Ruminatio, im geschilderten Falle gewissermaassen Theilerscheinung einer krampfartigen Action der Zwerchfell- und Magen-Musculatur, beruhte augenscheinlich auf einem nicht näher zu bezeichnenden, vom C. N. S. ausgehenden motorischen Reize, der sich jedesmal sofort nach der Nahrungsaufnahme geltend machte.

2. Fälle von conträrer Sexualvorstellung.

a. Der 1. Fall betrifft einen originär schwachsinnigen Pat., Rudolf B. aus L., der, als ich ihn vorfand, 37 Jahre alt war und sich seit 15 Jahren in der Anstalt befand.

Digitized by Google

Der Kranke war in hohem Grade blödsinnig, nicht zugänglich für die Umgebung, musste zur Reinlichkeit angehalten werden. In sich versunken sass er mit vorgeneigtem Kopfe da, drehte häufig einen Strohhalm zwischen den Fingern, sang mitunter in monotoner Weise, machte einen timiden kümmerlichen Eindruck. Er onanirte ziemlich stark.

Die Erscheinung, um welche es sich handelt, trat bei ihm insofern hervor als er auf die Frage, wie er heisse, antwortete: „Anna".

b. Frau H. aus F. war den 15. Juli 1824 geboren, also beinahe 67 Jahre alt, Gattin eines Uhrmachers. Sie wurde zum ersten Male den 3. Dec. 1865 in die Anstalt aufgenommen, dann wiederholt entlassen und wieder aufgenommen, und befindet sich seit dem 25. Oct. 1871 in der Anstalt. Sie ist seit 1851 verheirathet und hat 3 Mal geboren.

Früher soll sie an Bluthusten und acutem Rheumatismus gelitten haben. Sie erholte sich davon wieder.

1865 entwickelten sich schwermüthige Stimmung, Angst, Schlaflosigkeit, Unruhe. Es kam zu stärkerer Erregung mit Schreien und Toben.

Gegenwärtig besteht bei der Pat. Paranoia mit allerlei Wahnvorstellungen, auf die ich noch kommen will. Die Stimmung wechselt. Die Kranke ist theils mehr apathisch, theils heiter, freundlich, theils erregt und gereizt. Die tiefe geistige Störung spricht sich in ihrem Verhalten deutlich aus.

Die Haltung ist steif, übertrieben aufrecht. Vielfach steht die Kranke mit untergeschlagenen Armen. Die Haare sind oft aufgelöst, die Gesichtszüge gespannt. Beim Sprechen sind vielfach Zuckungen der Gesichtsmuskeln wahrnehmbar. Die Kranke spricht zum Theil mit auffallend tiefer Stimme. Ferner geschieht ihr Sprechen häufig stossweise, abgebrochen, die Worte werden gleichsam herausgeschleudert.

Die Kranke hält sich für einen Mann, bezeichnet sich in verschiedener Weise als einen solchen, u. a. als Lieutenant. Von den anderen Kranken wird sie deshalb mitunter „Der Herr Lieutenant" genannt; ferner sagt sie, sie sei kein Lipper, sie sei ein Preusse; auch, sie sei Freimaurer.

Sie nennt sich auch Herr mit dem Namen ihres Mannes, spricht zu anderen Zeiten aber auch von ihrem Manne, indem sie ihn als solchen bezeichnet. Dann aber treten in Verbindung mit ihrem Wahn, ein Mann zu sein, Grössenwahnvorstellungen auf. Sie bezeichnet sich als den königlichen Erbprinzen, dann als den Erbprinzen von Schlesien. Sie sei auch der Fürst von Lippe. Sie macht phantastische Angaben über ihre Abstammung.

Ferner sagte sie, sie habe eine Braut da und da, die sei vielleicht noch höher als die Fürstin.

Andererseits hält sie auch eine andere weibliche Kranke und eine Wärterin für Männer.

Krampf- oder Lähmungserscheinungen sind bei der Kranken nicht vorhanden, aber die oben erwähnten eigenthümlichen motorischen Erscheinungen. Die Pupillen sind gleich.

Digitized by Google

c. Bei einem jungen Manne trat die Erscheinung in intensiverer Weise hervor.

Friedrich F. aus H., Cigarrenarbeiter, geb. 30. Oct. 1859, wurde in die Anstalt aufgenommen den 21. Jan. 1888. Kräftiger, junger Mann. Erbliche Belastung besteht von Seiten der Mutter. Zu Hause war bei ihm ängstliches Verhalten mit Selbstbeschuldigungen, aber auch Furcht vor anderen vorhanden gewesen. Er hatte die Arbeit aufgegeben, sich von anderen Menschen zurückgezogen, das Bett aufgesucht.

In der Anstalt trat bei dem an hallucinatorischer Verwirrung leidenden Kranken, nachdem anfangs mehr ruhiges Verhalten vorhanden gewesen war, vielfach starke Erregung hervor.

Er äusserte mannigfache Wahnvorstellungen; auf die, den in Rede stehenden Gegenstand nicht berührenden gehe ich nicht näher ein. Seine perversen sexuellen Empfindungen brachte er mit grosser Erregung und Gereiztheit vor. Der Kranke ist verheirathet und hat 3 Kinder. Eines der Kinder ist vor der Ehe geboren, und der Kranke wollte es zuerst nicht anerkennen und klagte gegen die Frau. Nachher erkannte er an, ihr Unrecht gethan zu haben. Die Frau giebt an, der Kranke habe auch schon früher gesagt, dass er eine Frau sei, und ferner, er habe schon früher 4—5 Mal gesagt, er sei in anderen Umständen; die Leute hätten ihm etwas aus der Apotheke gegeben, dass es ihm abgegangen sei. In der Anstalt wurden Aeusserungen in der Richtung, er sei eine Frau, von ihm vielfach mit Heftigkeit vorgebracht. Er erklärte, er müsse hier Frauenzimmer spielen. Er wolle seine Geschlechtstheile wieder haben. An einem Tage, als er Besuch von seiner Frau mit 3 Kindern gehabt und gefragt wurde, ob er sich über seine Kinder gefreut habe, antwortete er dem Arzte: „ich werde ein schönes Fräulein an Ihnen“ und fügte hinzu: „ja, wenn wir umgemacht werden“. Ferner sagt er: „die Frauenregel ist noch immer da, die grösste Schweinerei von der Welt“. Dann aber kommt es auch vor, dass er erklärt: „Ich bin kein Fraumensch.“ Er fügt hinzu: „Sie haben's eben gesagt, Sie haben's schon öfter gesagt, in meinem Munde. Ich lasse mich nicht vom männlichen Wege runterreissen.“ Onanie wurde bei ihm nicht beobachtet. Während wie schon bemerkt die Erregung des Patienten längere Zeit sehr bedeutend war, trat allmälig mehr Ruhe ein. Dies geschah bei dauernder Einhaltung der Bettruhe, während diese bei dem Kranken vorher nicht in Anwendung gebracht worden war. Noch längere Zeit war er zwar auch da noch erregt, aber dann kam immer mehr Beruhigung, und gegenwärtig ist der Kranke ruhig.

Gestört ist er noch, er erklärt auch, er habe keine Frau. Andererseits aber giebt er unumwunden zu ein Mann zu sein.

Die Fälle, die ich vorgeführt habe, sind bezeichnet als solche von conträrer Sexualvorstellung. Der conträren Sexualempfindung entsprechen sie, wie ersichtlich, nicht. Es handelt sich um Vorgänge im

Digitized by Google

Vorstellungsleben, um Wahnvorstellungen bei Paranoia bezw. hallucinatorischer Verwirrung und Dementia.

Bei den vorgeführten Kranken fehlt der Hang zur perversen Geschlechtsbefriedigung.

Allerdings sagt *von Krafft-Ebing* in seiner Psychopathia sexualis, dass selbst bei der angeborenen conträren Sexualempfindung die Anomalie sich lange auf blosse Verkehrung der Geschlechtsempfindung beschränken und der Drang zur perversen Befriedigung gelegentlich oder in Folge einer hinzukommenden Neurose erwachen könne. Auch erwähnt er episodische Fälle, in welchen die perverse Empfindung der normalen später wieder Platz machte.

Doch aber sind Fälle, wie die von mir vorgetragenen, von denen der conträren Sexualempfindung i. e. S. wesentlich verschieden. Die Erscheinung entsteht hier auf dem Boden geistiger Schwächezustände. Die betreffende Wahnvorstellung mag in solchen Zuständen vielleicht nicht selten vorkommen. Sie scheint aber eine besondere Berücksichtigung zu verdienen.

Der Weg ist ein umgekehrter.

Bei den Pat. mit c. S. E. ist die Empfindung das Primäre. Es bleibe dahingestellt, inwieweit das Vorstellungsgebiet afficirt wird, jedenfalls entsteht bei den Pat. mit der classischen c. S. E. die Vorstellung, sie gehörten dem anderen Geschlechte an, nicht. Bei den vorgeführten Kranken führt der Weg aus dem Vorstellungsgebiete hinab in das der Sensationen.

Die Erscheinung ist hier als Wahnvorstellung neben anderen auf dem Boden psychischer Schwächezustände entstanden.

Die Wahnvorstellung, dem anderen Geschlechte anzugehören, dürfte indessen, weil hier eine Umkehrung einer fundamentalen Vorstellungsgruppe vorliegt, besondere Berücksichtigung verdienen. Bei der in Rede stehenden Wahnvorstellung handelt es sich, um mich so auszudrücken, nicht um einen psychologischen sondern einen physiologischen Irrthum krankhafter Art, und zwar einen von elementarer Natur. Diese Wahnvorstellung ist augenscheinlich anderer Art als viele sonstige Wahnvorstellungen und vielleicht auch pathogenetisch anderer Art.

Während der Vorgang primär im Vorstellungsgebiete auftritt bezw. sich äussert, sind bei diesen Kranken secundär dann wohl auch die entsprechenden Empfindungen in mehr oder weniger entwickelter Weise vorhanden.

Bei dem 3. Falle ist dies unzweifelhaft, bei den beiden andern mag es dahingestellt bleiben, namentlich bei der sich schon lange im Klimakterium befindenden Frau. Immerhin äusserte sie nicht nur die bezüglichen Wahnvorstellungen sondern sprach auch von einer Braut.

Der junge Mann aber (Fall c.), der sich wiederholt für schwanger hielt, der seine Geschlechtstheile wieder haben, der sich nicht vom männlichen Wege runterreissen lassen wollte, der glaubte, „die Frauenregel“

zu haben, hatte augenscheinlich recht intensive Sensationen im Sinne seines Wahnes. Neigung zur perversen Befriedigung ist bei ihm, wie gesagt, nicht beobachtet worden.

In Bezug auf die Würdigung der Erscheinungen bei den mitgetheilten Fällen sei noch auf Folgendes hingewiesen.

Bei der Frau (Fall b.) bestanden auffallende, motorische Erscheinungen: vielfach übertrieben aufrechte, steife, gleichsam männliche Haltung, zuweilen tiefe Stimme, ferner die oben näher angegebenen Eigenthümlichkeiten der Sprache, dann als Symptom ausgesprochenen motorischen Reizes das Zucken der Gesichtsmuskeln. Es bleibe dahingestellt, welche Beziehungen zwischen diesen motorischen Erscheinungen bezw. Störungen und der Wahnvorstellung anzunehmen seien. Die Selbständigkeit der motorischen Störungen auch beim einfachen Irresein ist sicher von hoher Bedeutung für die Auffassung der Zustände. Denkbar wäre es, freilich kaum wahrscheinlich, dass es sich um einen sehr langsam verlaufenden Fall — die Erkrankung begann wohl schon vor 1865 — von fortschreitender Paralyse handeln würde. Welche Erscheinungen, die hierfür herangezogen werden könnten, vorhanden sind, und welche, freilich wesentlichen, fehlen, ergiebt sich aus der Darstellung. Dass bei dem Falle des jungen Mannes die perversen Sensationen das Primäre waren, ist wohl sicher anzunehmen.

3. Hysterie bei einem Kinde.

Auguste S. aus B. war geb. den 14. Juli 1879 und wurde in die Anstalt aufgenommen den 1. Aug. 1889, war also bei der Aufnahme 10 Jahre alt.

Heredität ist insofern vorhanden, als die Mutter mindestens sehr nervös ist.

Das Kind war 21 Wochen vor der Aufnahme von einer fieberhaften Krankheit befallen worden, welche der behandelnde Arzt als Meningitis cerebro-spinalis angesprochen hatte. Das Fieber verging dann, es entwickelte sich aber Tympanites, das Kind klagte über Leibschmerzen und Kopfschmerzen. Es stellten sich Anfälle ein, regelmässig Abends von 8—11 Uhr. In diesen Anfällen schrie, betete, fluchte, sang die Pat., war aufgeregt, riss sich in der Aufregung die Haube vom Kopfe. Sie konnte in der Aufregung gehen, sonst nicht.

Bei der Aufnahme in die Anstalt besteht bei der Kranken Aphonie. Sie spricht mit tonloser Stimme. Ihre Beine sind gelähmt.

Abends zu ziemlich regelmässiger Zeit etwa um 7 Uhr beginnt ein krampfhaftes, stöhnendes etwas rhythmisches Schreien, welches kurze Zeit dauert, worauf Ruhe eintritt. Dann kommt das Schreien wieder. Dies dauert mit den Pausen bis etwa 10 Uhr oder nicht ganz so lange. Der Gesichtsausdruck ist dabei starr, finster, die Bulbi sind nach oben gerollt. Das Bewusstsein ist getrübt, aber nicht aufgehoben. Der übrige Körper liegt ruhig.

Digitized by Google

Ferner ist ziemlich starker Tympanites vorhanden.

Das Kind war im Uebrigen in seinem Verhalten nett, bescheiden, gab auf Fragen kurze Antworten, wie gesagt mit tonloser Stimme. Der Zustand erwies sich als ziemlich hartnäckig.

Bei der Kranken wurde Bettruhe angewandt und insofern psychische Behandlung eingeleitet, als sie, wenn die abendlichen Schreikrämpfe kamen, allein gelegt wurde. Sonst lag sie gemeinschaftlich.

Die Schreikrämpfe verloren sich denn auch nach einigen Wochen.

Auch der Tympanites verlor sich ziemlich bald.

Die Aphonie und die Lähmung blieben bestehen. Die Ernährung besserte sich. Psychisch trat etwas Abnormes weiter nicht hervor. Das Kind zeigte wie bemerkt ein nettes Wesen.

Allmälig verlor sich dann auch die Aphonie.

Mit der Lähmung der Beine aber wurde es nicht besser. Die psychische Behandlung, die in dieser Beziehung thunlich energisch stattfand, förderte nicht.

Sie war nun schon länger ausser Bett. Wenn sie aber mit Unterstützung an eine Stelle des Zimmers geführt war und allein zurückkehren sollte, fiel sie platt zur Erde.

Natürlich lag es nahe es mit Faradisation zu versuchen. Diese hatte bis dahin aus einem äusserlichen Grunde noch nicht sattgefunden. Als dies geschah, war denn doch noch eine Reihe von Sitzungen nöthig. Es zeigte sich bald, dass der Pinsel nöthig war. Aber auch mit ihm erwiesen sich, obgleich die Sensibilität gross war, nachdem schwächere, mehr und mehr verstärkte Ströme nicht zum Ziele geführt hatten, die stärksten Ströme als erforderlich. Bei deren Gebrauche aber verlor sich dann die Lähmung und die Kranke wurde den 28. Aug. 1890 genesen entlassen. Sie besucht die Schule und hat vor einiger Zeit einen Besuch auf der Anstalt abgestattet.

Wenn auch eine Anzahl Fälle von Hysterie bei Kindern beschrieben ist und manche Autoren sie überhaupt als nicht selten bezeichnen, so wird ein wohlcharakterisirter Fall der genannten Neurose bei einem Kinde immer noch ein gewisses Interesse in Anspruch nehmen.

Die Eigenthümlichkeiten des vorgetragenen Falles bestehen: in der vollkommen isolirten Entwickelung der Neurose bei einem zehnjährigen Kinde, welches sich in einfachen, ländlichen Verhältnissen befand, ferner in der Entstehung nach einer fieberhaften Krankheit. Die Neurose war gekennzeichnet durch: Aphonie, Anfälle von verhältnissmässig lange dauernden Schreikrämpfen mit Trübung des Bewusstseins, Tympanites, Lähmung der Beine.

Bemerkenswerth ist dabei das abgesehen von dem Zustande während der Schreikrämpfe im Wesentlichen ungetrübte Verhalten der Psyche. Das Kind war geordnet, bescheiden, freundlich.

Endlich darf die eingetretene Genesung erwähnt werden. Wie man

Digitized by Google

sich auch, nachdem eine so schwere Neurose in der Kindheit vorhanden gewesen, die Prognose für das spätere Leben vorstellen mag, und sanguinisch wird man in einem solchen Falle sicher nicht urtheilen dürfen, — zunächst trat völlige Heilung ein.

In der Discussion über Hysterie bei Kindern wurde erwähnt, dass nach Diphtherie Hysterie beobachtet wurde.

Nächste Versammlung der Vereinsmitglieder den 2. Mai 1892, weil der 1. Mai auf Sonntag fällt, in Hannover in Kasten's Hôtel Nachmittags 4 Uhr. Dr. *Tannen.*

Jahres-Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar am 18. und 19. September 1891.

Anwesend die Herren: Dr. *Alter*, San.-R. und Dir. der Heilanstalt Leubus, Dr. *Alzheimer*, Assist. der städt. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M., Dr. *Baer*, Geh. San.-R. und Bezirksphysikus zu Berlin, Dr. *Benno*, Dir. der Privatheilanstalt Asyl Carlsfeld, Dr. *Bindseil*, Dir. der Kuranst. zu Blankenburg i. Sch., Dr. *Binswanger*, Prof. und Dir. der Anstalt zu Jena, Dr. *Bruns*, Arzt zu Hannover, Dr. von *Conta*, Geh. Reg.-Rath zu Weimar, Dr. *Edel*, San.-R. und Dir. der Privatheilanstalt zu Charlottenburg, Dr. *Gerlach*, Med.-R. und Dir. der Prov.-Anst. zu Münster i. W., Dr. *Gerlach*, 2. Arzt der Heil- und Pflegeanstalt in Königslutter, Dr. *Gerstenberg*, 2. Arzt der Prov.-Anst. zu Hildesheim, Dr. *Grashey*, Prof. und Dir. der Kreisanst. zu München, Dr. *Cl. Gudden*, Dir. der Privatheilanst zu Pützchen bei Bonn, Dr. *Hansen*, Dir. der Prov.-Anst. zu Schleswig, Dr. *Hesse*, 2. Arzt der Privatheilanst. zu Ilten, Dr. *O. v. Holst*, Hausarzt der Privatheilanstalt Bellevue bei Konstanz, Dr. *Hotzen*, pr. Arzt zu Bremen, Dr. *Jolly*, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Berlin, Dr. *Karrer*, Dir. der Kreisanstalt zu Klingenmünster, Dr. *Kern*, Dir. der Idiotenanst. zu Möckern, Dr. *Kessler*, Med.-R. und Dir. zu Blankenhain, Dr. *Kirchhoff*, Privatdoc. an der Univ. Kiel und Arzt der Prov.-Anst. zu Schleswig, Dr. *Knecht*, Dir. der Prov.-Anst. zu Uckermünde, Dr. v. *Krafft-Ebing*, Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Wien, Dr. *Külz*, Geh. Med.-R. u. Dir. des physiol. Institus zu Marburg, Dr. Heinr. *Laehr*, Geh. San.-R. und Prof. zu Zehlendorf, Dr. Hans *Laehr*, Dir. der Priv.-Heilanst. Schweizerhof, Dr. *Lehmann*, Oberarzt der Heilanstalt Sonnenstein, Dr. *Lochner*, Dir. der Priv.-Heilanst. Thonberg, Dr. *Mayer*, Assist. des Landeshospitals Hofheim, Dr. *Mayser*, Dir. der Heil- und Pflegeanst. zu Hildburghausen, Dr. *Mendel*, Prof. an der Univ. zu Berlin, Dr. *Moeli*, Privatdocent und dirig. Arzt der Irrensiechenanstalt Berlin, Dr. *Müller*, San.-R. und Dir. der Kuranstalt zu Blankenburg i. H., Dr. *Neuendorf*, San.-R. und Dir. der Landesanstalt zu Bernburg, Dr. *Nötel*, San.-R. und Dir. der Prov.-Anstalt zu Andernach, Dr. *Obersteiner*, Prof.

Digitized by Google

und Dir. der Privatheilanst. zu Oberdöbling b. Wien, Dr. *Ocbeke*, San.-R. und 1. Arzt der Privatheilanst. zu Endenich, *Pabst*, Oberbürgermeister zu Weimar, Dr. *Paetz*, San.-R. und Dir. der Prov.-Anst. zu Altscherbitz, Dr. *Pelman*, Geh. Med.-R., Prof. und Dir. der Prov.-Anst. zu Bonn, Dr. *Pfeiffer*, Geh. Med.-R. zu Weimar, Dr. *Reuter*, dir. Arzt der Irrenanst. zu Lübeck, Dr. jur. *Roller*, Landgerichtsrath zu Konstanz, Dr. *Roller*, San.-R. und Dir. der Landesanst. zu Brake, Dr. *Rubarth*, San.-R. und Dir. des Johannis-Hospitals zu Niedermarsberg, Dr. *Schaefer*, Dir. der Anst. Bethesda in Lengerich, Dr. *Schroeter*, Dir. der Prov.-Anst. zu Eichberg, Dr. *Schubert*, Vol.-Arzt der Prov.-Anst. zu Leubus, Dr. *Schuchardt*, Med.-R. und Dir. der Heilanst. Sachsenberg, Dr. *Schüle*, Geh. Hofrath und Dir. der Heilanst. Illenau, Dr. *Schwaab*, Dir. der Kreianst. Karthaus Prüll, Dr. *Siemens*, Med.-R. und Dir. der Prov.-Anst. zu Lauenburg, Dr. *Siemerling*, Priv.-Docent und Oberarzt der Irrenabth. in Berlin, Dr. med. u. phil. *Sommer*, Assist. der psych. Klinik zu Würzburg, Dr. *Stark*, San.-R. und Dir. der Irrenanst. zu Stephansfeld, Dr. *Wojislav M. Subotie* aus Serbien, Dr. *Thomsen*, Dir. der Priv.-Anst. zu Bonn, Dr. *Tornier*, Assist. der Priv.-Anst. zu Obernigk, Dr. *Tuczek*, Privatdocent und Oberarzt der Prov.-Anstalt zu Marburg, Dr. *Wahrendorff*, Geh. San.-R. und Dir. der Heilanst. zu Ilten, Dr. *Werner*, Oberarzt des Genesungshauses zu Boda, Dr. *Wernicke*, Med.-R., Prof. und Dir. der psych. Klinik zu Breslau, Dr. *Wildermuth*, dir. Arzt des Sanatoriums zu Stuttgart, Dr. *Zacher*, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. zu Ahrweiler, Dr. *Zander*, Dir. der Prov.-Anst. zu Rybnik, Dr. *Zinn*, Geh. San.-R. und Dir. der Prov.-Anst. zu Eberswalde.

Am Vorstandstische: *Grashey*, *Laehr*, *Pelman*, *Schüle*. Vorsitzender: *Laehr* sen. Schriftführer: *Bruns*, *Gudden*.

1. Sitzung am 18. September.

1. Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, begrüsst die Versammlung und die anwesenden Gäste, insbesondere den Vertreter der Weimarer Regierung Herrn Geheimrath *v. Conta* und den Oberbürgermeister von Weimar Herrn *Pabst*. Beide Herren danken und heissen die Versammlung im Namen des Staates und der Stadt willkommen.

Der Vorsitzende erwähnt sodann, dass seit der Sitzung in Jena eine Anzahl Mitglieder dem Verein durch den Tod entrissen sind: *Flamm*-Pfullingen, *Hadlich*-Berlin, *Hergt*-Illenau, *Jaeckel*-Lindenhof, *Jehn*-Merzig, *Jensen*-Dalldorf, *Kelp*-Oldenburg, *Kiderle*-Kaufbeuern, *Leidesdorf*-Wien, *v. Ludwiger*-Plagwitz, *Mayer*-St. Gilgenberg, *Richter*-Pankow, *Spamer*-Darmstadt, *Westphal*-Berlin. Die Mitglieder der Versammlung erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Sitzen.

An Stelle der statutenmässig ausscheidenden Vorstands-Mitglieder *Schüle* und *Grashey*, sowie an Stelle des verstorbenen *Westphal* muss eine Neuwahl erfolgen: dieselbe soll im Anhang der 2. Sitzung stattfinden.

Digitized by Google

Der Schatzmeister *Schüle* legt Rechnung ab: demselben wird von der Versammlung Decharge ertheilt.

Der Vorsitzende theilt mit, dass der auf Antrag *Moeli* in Jena erfolgten Anregung des Vereins, bei der letzten Volkszählung auch die Geisteskranken zu zählen, von den Regierungen keine Folge gegeben sei.

Der Vorsitzende theilt ferner mit, dass der auf Antrag *Kirn* gefasste Beschluss des Vereins die von *Werner* (Roda) angeregte Frage über die psychatrische Nomenclatur, „Verrücktheit" und „Wahnsinn" auf die diesjährige Tagesordnung zu setzen und den Vorstand anzuweisen, dafür geeignete Referenten zu ernennen, nicht ausgeführt sei. Er stellt anheim, da Referenten sich nicht fanden, eine starke Minorität in Jena die Sache noch nicht für spruchreif hielt, das Weitere dem Vorstande zu überlassen. Diesem Vorschlage stimmt die Versammlung zu.

Einen schriftlichen Antrag des Herrn *Krömer*-Neustadt, die Ausstellung von Leichenpässen durch die Directoren der Irrenanstalten betreffend, unterstützt durch sämmtliche Directoren der Preussischen Irrenanstalten, wird der Vorsitzende, da er nicht auf die Tagesordnung hat gestellt werden können, der Antragsteller nicht erschienen ist, den Antrag aber Herr *Siemens*-Lauenburg wieder aufgenommen hat, am Ende der Sitzungen zur Discussion bringen.

2. Zurechnungsfähigkeit und Verbrecherthum. Ref. *Pelman*-Bonn, Corref. *Mendel*-Berlin.

Pelman weist darauf hin, dass es gewisse Fragen gebe, die man von der Tagesordnung so lange nicht absetzen sollte, als wie sie nicht endgültig entschieden seien. Der vorliegende Gegenstand sei ganz entschieden hierhin zu rechnen, und so viel auch darüber geschrieben und gestritten sei, so wenig sei bis jetzt eine allgemeine Uebereinstimmung erzielt.

Bei der Behandlung der Frage nach dem Verhältnisse zwischen Verbrechen und Geisteskrankheit ist es ganz unmöglich, nicht von *Lombroso* und seinem vielgenannten Buche „Der verbrecherische Mensch" auszugehen.

Zwar ist man jetzt eher geneigt, *Lombroso* und seine Verdienste zu unterschätzen, und es kann ja auch wohl keinem Zweifel unterliegen, dass er in seinen Ausführungen und namentlich in seinen Schlussfolgerungen weit über das Ziel hinausgegangen ist. Andererseits ist es sein unbestreitbares Verdienst, die Untersuchung auf den ganzen Menschen ausgedehnt und alle Stände für diese Frage interessirt zu haben. Er hat uns in das Gedächtniss zurückgerufen, dass man den Menschen und nicht den Begriff strafen solle. Erst von *Lombroso* an datirt die Entwicklung der Criminal-Biologie, das heisst, der wissenschaftlichen Untersuchung der körperlichen und geistigen Eigenart des Verbrechers und die Feststellung der in dieser gelegenen Bedingungen des Verbrechens. Noch ist die Wissenschaft jung, und sichere Ergebnisse liegen bisher nur in beschränktem Maasse vor. Immerhin aber ist der Anfang gemacht, auf dem wir weiter bauen können,

Digitized by Google

und wir dürfen auch das bisher Gewonnene nicht gar zu gering achten. So viel steht fest, dass bei dem Verbrecher eine moralische Anomalie bestehen muss, da ihm grade das fehlt, was von der Gesellschaft für unerlässlich für jeden bezeichnet wird, der als zu ihr gehörig betrachtet werden soll.

Allerdings kann es eine Disposition zur Begehung strafbarer Handlungen gar nicht geben, da dies von den äusseren Verhältnissen abhängt, und auch sonst ist vieles von dem, was wir angeboren nennen, lediglich ein Erzeugniss von Zeit und Umständen und wechselt mit ihnen. So wird auch der moralische Sinn nicht angeboren, er wird erworben und ist eine Folge der Anpassung des Lebens unter den obwaltenden socialen Verhältnissen.

Wir werden daher auch mit der Annahme von moralischen Krankheiten zu rechnen haben, zu deren Behandlung die Irrenanstalten nicht das richtige Mittel sein würden, sondern wogegen, wenn vernünftige Vorstellungen und die strafandrohende Gefahr nichts fruchtet, Gefängnisse, Zuchthäuser und Schafotte errichtet sind. Der Begriff der Zurechnungsfähigkeit liegt eigentlich ausserhalb unserer speciellen Sachverständigkeit, sie ist ein juristischer, in specie ein criminalrechtlicher Begriff, und wenn wir uns trotzdem damit befassen müssen, so liegt der Grund darin, dass in praxi die Grenzen häufig genug nicht so scharf zu ziehen sind. Gewiss ist es die Sache des Sachverständigen, dem Richter eine strenge Unterscheidung zwischen Krankheit, zwischen moralischer und physischer Verkommenheit durch Laster u. dergl. zu geben, ebenso gewiss aber wird dies in nicht wenigen Fällen schwer, wenn nicht ganz unmöglich sein.

Da ist es denn ganz unerlässlich, dass wir uns mit dem Richter darüber verständigen, was unter dem Begriffe der Zurechnungsfähigkeit zu verstehen ist. Zur Zeit machen uns die Juristen das Zugeständniss, eigentlich Geisteskranke für unzurechnungsfähig und mithin für straffrei zu erklären, und es wäre unklug von uns, dieses Zugeständniss nicht einwandfrei anzunehmen.

Die Schwierigkeit beginnt dagegen sofort da, wo die eigentliche Geisteskrankheit aufhört, ohne dass wir es mit einem normalen Individuum zu thun haben.

Wenn man nun glaubt, wie dies vielfach und zwar vorzugsweise von unserer Seite geschieht, dieser Schwierigkeit durch die Annahme einer verminderten Zurechnungsfähigkeit zu entgehen, so muss dem entgegnet werden, dass es eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht giebt und der Natur der Sache nach auch nicht geben kann.

Die Zurechnungsfähigkeit fusst auf der freien Selbstbestimmung. Ohne diese ist der Mensch unzurechnungsfähig, sei er sonst, wie er wolle; eine beschränkte Willensfreiheit aber ist ein Unding, es wäre wie ein bedingtes Unbedingtes, wie eine abhängige Unabhängigkeit.

Es kann sich daher bei der Zurechnungsfähigkeit nur um einen

Digitized by Google

untheilbaren Begriff handeln, nur darum, ob sie vorhanden oder nicht vorhanden ist, bei welchem Grade der Unfreiheit man sie beginnen lässt, ist willkürlich.

Der Streit, der sich um diese Frage dreht, beruht zum Theil auf einem Missverständnisse. Nicht hier, sondern bei der Frage nach der Schuld kommt das Maass des Verschuldens in Betracht, das Verschulden kann grösser und geringer und demnach den Zurechnungsfähigen auch die Strafe höher und niedriger zu bemessen sein. Vielleicht bringt uns die Zukunft hier grössere Klarheit und bessere Verhältnisse.

Können wir es erst über uns gewinnen mit dem alten Begriffe der Strafe als Sühne zu brechen, sie als einen Schutz der Gesellschaft gegen diejenigen socialen Elemente anzusehen, die sich als eine ständige Gefahr für die Gesellschaft erwiesen haben, dann werden wir auch in der Geisteskrankheit lediglich eine Erklärung des Verbrechens sehen, nicht aber eine Befreiung von demselben.

Auch dem geisteskranken Verbrecher gegenüber hat die Gesellschaft das unzweifelhafte Recht des Schutzes, und die Geisteskrankheit kann als solche den Thäter nicht von den Folgen seiner Handlungen befreien. Dass diese Folgen für ihn, den Kranken, andere sein werden wie für den Gesunden, dafür bürgen Mitleid und Gerechtigkeit, für beide aber gilt der gleiche Satz, dass jeder, der sich der Gesellschaft nicht fügen will oder kann, sie verlassen muss.

Mendel-Berlin Correferat. Der Herr Referent hat in so erschöpfender Weise das Thema behandelt, dass mir kaum etwas hinzuzufügen bleibt. Ich freue mich besonders, dass ich mit ihm die Auffassung über die verminderte Zurechnungsfähigkeit theile. In Bezug auf die Frage, ob die Zurechnungsfähigkeit von dem Arzte zu beantworten ist, stehe ich allerdings nach wie vor auf dem Standpunkt, dass die Zurechnungsfähigkeit ein strafrechtlicher Begriff ist, dessen Anwendung nach dem in den Motiven zum Gesetz ausgedrückten Willen des Gesetzgebers dem Richter zusteht. Der Herr Referent hat uns nun am Schluss seines Referates die Ziele der Zukunft, wohl einer fernen, präcisirt; gestatten Sie mir nun in einigen kurzen zusammenfassenden Sätzen das zu präcisiren, was im Augenblick noth thut.

1. Eine Reihe von Geisteskranken befinden sich in den Strafanstalten, welche bereits zur Zeit der Verurtheilung resp. zur Zeit der Begehung der Handlung, wegen welcher sie verurtheilt wurden, geisteskrank waren.

Hier ist ein Irrthum, ein Unrecht gut zu machen, sei es, dass diese von den Sachverständigen oder von den Richtern ausgegangen. Diese Kranken gehören in die Irrenanstalten.

2. Eine Reihe von Verbrechern sind nicht geisteskrank, aber sie sind doch anders zu beurtheilen, wie normale Menschen; sie sind „belastet", „minderwerthig" oder wie man sie sons genannt hat.

Der bisherige Strafvollzug schädigt sie, die Strafe geht in ihrer Wir-

Digitized by Google

kung weit über den eigentlichen Zweck hinaus. In einer Anzahl von Fällen vernichtet sie den Menschen.

Es wird unsere Aufgabe sein, bei dem Gesetz über den Strafvollzug, das für das deutsche Reich noch aussteht, hier entsprechende Vorschläge zu machen. Schon jetzt können wir sagen, dass nur durch Hinzuziehung eines psychiatrisch gebildeten Arztes in die Direction der Strafanstalten die nothwendige Individualisirung der Gefangenen möglich sein wird.

Speciell kommen hier in Betracht die Vagabunden, welche bei dem jetzigen Strafvollzug wenigstens zum Theil gradezu zu weiterem unmoralischen Verhalten gezüchtet werden.

Ich habe an anderer Stelle darüber gesprochen.

3. Eine Reihe von Verbrechern sind geisteskrank. Es lässt sich schwer sagen, ob das Verbrechen oder die Geisteskrankheit zuerst bestanden. Es ist, wenn man so sagen darf, ein Gemisch beider.

Die Frage, ob sie besonderen Anstalten, wie in England, überwiesen werden sollen, ist wohl für Deutschland in verneinendem Sinne entschieden worden. Ob sie in Adnexen an die Irren- oder an die Strafanstalten zu bringen seien, erscheint principiell kaum von Bedeutung. Nachdem der Versuch in letzterer Richtung in Preussen (Moabit) wohl geglückt ist, wird sich wohl die Entwicklung auch nach dieser Richtung hin vollziehen.

4. Was endlich die Verbrecher anbetrifft, welche nicht geisteskrank sind, so wird man sich hier wohl an den Ausspruch *Quetelet's* halten können, dass die Geisteskrankheit das Verbrechen vorbereitet, und dass der Verbrecher es ausführt. Wenn nun auch seine weitere Behauptung, dass die entsprechende Besserung der unglücklichen Existenzen und der Ausgleich der socialen Gegensätze jene Verbrecher beseitigen würde, nicht in der Allgemeinheit richtig erscheint, so dürfte doch unzweifelhaft eine rationelle sociale Gesetzgebung im Stande sein, hier Vieles zu bessern.

Schäfer-Lengerich. Wenn ich mir erlaube, zu dem so wichtigen, inhaltreichen Gegenstande, welchen die Herren Referenten soeben behandelt haben, das Wort zu ergreifen, so bitte ich, es mir nachsehen zu wollen, wenn ich zunächst auf eine Frage zurückkomme, welche früher schon mehrfach discutirt worden ist. Es soll mit möglichster Kürze geschehen. In Betreff der Zurechnungsfähigkeit ist von den Herren Referenten gesagt worden, dass sie — einmal von Herrn *Mendel* — nicht zur Competenz der Aerzte gehöre, sodann von beiden Herren, es gäbe keine geminderte Zurechnungsfähigkeit. Zum Erweise, wie widerspruchsvoll die erstere Behauptung ist, weise ich darauf hin, dass derselbe Herr *Mendel*, welcher dieselbe aufstellt, einen ausgezeichneten Artikel in *Eulenburg's* Realencyclopädie über die Zurechnungsfähigkeit geschrieben hat, welche jeder nur mit dem grössten Nutzen lesen kann. Es handelt sich bei der Zurechnungsfähigkeit um einen jener Begriffe, welche uns stets begegnen, wenn wir aufgefordert werden, vor Gericht unsere ärztliche Erfahrung in den Dienst der Rechtsprechung zu stellen, wie z. B. die Erwerbsfähigkeit, Verhand-

Digitized by Google

lungsfähigkeit. Niemand sträubt sich über Zustände, welche durch solche Begriffe bezeichnet werden, sein Urtheil abzugeben, und mit Recht. Wenn aber an einem dieser Begriffe, so haben an demjenigen der Zurechnungsfähigkeit die Aerzte ihren Antheil, denn es handelt sich dabei um eine geistige Fähigkeit, bezw. einen geistigen Zustand, und deshalb um einen Gegenstand des irrenärztlichen Wissens. Was aber die geminderte Zurechnungsfähigkeit betrifft, so stelle ich zunächst fest, dass beide Herren Referenten zugegeben haben, dass es thatsächlich etwas Derartiges giebt. Sie haben von den hier in Betracht kommenden Formen „die Belasteten" genannt. Nun, wenn es Derartiges giebt, und Niemand ist im Grunde darüber im Zweifel, so kann es schlimmsten Falles doch nur äussere Gründe geben, aus welchen man ihre Geltendmachung vor Gericht ablehnen kann. Eine begriffliche Unmöglichkeit annehmen zu wollen, wie es Herr *Pelman* thut, könnte nur irrthümlich sein, weil die Begriffsbestimmung sich nach der Sache, nicht aber die Sache nach der Begriffsbestimmung zu richten hat. Es liegt aber auch gar kein begrifflicher Widerspruch vor, denn nicht das Zurechnen soll getheilt, mehr oder minder angewendet werden, sondern der geistige Zustand, nach welchem sich das Maass dessen, was zugerechnet werden soll, richtet, wird getheilt, wird als möglicherweise mehr oder minder vorhanden angesehen.

Es werden vergleichsweise schwere und leichte Strafthaten zugerechnet und wenn Rechtslehrer angeben, eine Minderung könne in solchen Fällen nicht die Zurechnung, sondern nur die Schuld betreffen, so ist das nur ein theoretischer Unterschied. Die Fähigkeit eines Menschen, dass man ihm eine Handlung zurechnet, erscheint dann auf dem Wege der verminderten Schuld herabgesetzt.

Sodann möchte ich mir noch ein Wort in Bezug auf die Theorie *Lombroso's* von den Verbrechen gestatten. *Lombroso* hat nicht einen Theil der Verbrechen erklären, sondern eine naturwissenschaftliche Erklärung der ganzen Erscheinung des Verbrechens geben wollen. Er ist nach meiner Auffassung von dem richtigen Eindruck ausgegangen, dass es sich bei den Verbrechern um eine Erscheinung handelt, welche ihre natürlichen Gesetze hat. Indem er die Erklärung in dem Atavismus zu finden glaubte, hat er sich ohne Zweifel geirrt. Das Wesentliche aber, die Ansicht, dass das Verbrechen etwas Gesetzmässiges im socialen Leben darstellt, ist von *Lombroso* mit Erfolg in das Bewusstsein der Gegenwart geführt worden. Dieses Gesetzmässige ist aber nur die Gesetzmässigkeit der psychischen Vorgänge überhaupt, von denen die Entstehung der Verbrechen nur ein Theil ist.

Es ist das Princip des Determinismus, welches hier zur Geltung kommt. Dies erscheint mir als der wesentliche, für die Dauer bestimmte Theil der von *Lombroso* hervorgerufenen Bewegung. Eine neue Strafrechtslehre ist im Begriff, sich auf diesem Grunde aufzubauen, und wir können nur sagen, dass die der Bewegung zu Grunde liegende Auffassung von der gesetz-

Digitized by Google

mässigen Abhängigkeit aller geistigen Erscheinungen von unwandelbaren inneren und äusseren Bedingungen durch unsere psychologischen Erfahrungen durchgehends bestätigt wird.

Will man aber die Stellung der von *Lombroso* bei den Verbrechern gefundenen Abweichungen zum Determinismus näher formuliren, so wird man sagen müssen: das Verbrechen ist an sich nichts Pathologisches, geschweige denn etwas Atavistisches. Aber die Schwäche des Centralnervensystems, deren Ausdruck die von *Lombroso* gefundenen Abweichungen sind, ist eine der das Verbrechen in hohem Maasse fördernden Bedingungen. Ein Mensch, welcher mit einer solchen Schwäche belastet ist, wird dem in jedem Menschen liegenden Anreiz zum Verbrechen und der Macht der zu demselben führenden Erziehung, Verhältnissen und Gelegenheitsursachen weit eher erliegen, als ein gesunder, normal beanlagter Mensch. Mit andern Worten, ist es das Verdienst *Lombroso's*, zwar nicht über alle, aber doch über eine wichtige Gruppe der das Verbrechen determinirenden Ursachen Licht verbreitet zu haben.

Mendel-Berlin. Herrn *Schäfer* gegenüber will ich nur bemerken, dass das Wort „Zurechnungsfähigkeit" nur der Bequemlichkeit halber gewählt ist, dass aber in dem Artikel selbst die Anschauung, die der Arzt nicht über Zurechnungsfähigkeit haben soll, auseinandergesetzt ist.

Herr *Schäfer* hat seiner Zeit mir gegenüber die verminderte Zurechnungsfähigkeit vertheidigt und hat dabei einen seiner Meinung nach für seine Anschauung beweisenden Fall mitgetheilt.

Es handelt sich um eine Epileptica, welche ich nach einem eigenen Bericht für geisteskrank im Sinne des § 51 attestirte. Auf Grund des Gutachtens des Herrn Dr. *Schäfer* kam sie in's Zuchthaus; wie mir nun berichtet worden ist, musste sie sehr bald wieder von dort nach der Irrenanstalt transferirt werden. Ist das richtig?

Schäfer-Lengerich. Die Kranke, nach welcher Herr *Mendel* fragt, und die übrigens, bevor sie nach Lengerich kam, noch von Niemand begutachtet worden ist, hat sich nach ihrer Entlassung aus dem Gefängniss allerdings wieder etwa 2 Jahre lang in der Anstalt befunden. Sie ist jetzt aber seit 1 Jahre etwa wieder zu Hause. Sie ist eben ein Beispiel jener zweifelhaften Fälle, welche sich gleich gut und gleich schlecht für das Gefängniss, wie für die Irrenanstalt und für die Familie eignen.

Ich bitte aber zu der vorhin berührten Frage noch Eines nachtragen zu dürfen. In den Motiven zum Entwurf unseres Strafgesetzbuches steht allerdings fest, dass die Schlussfolgerung, ob die freie Willensbestimmung eines Angeschuldigten ausgeschlossen sei, nicht mehr zum Gebiete des Arztes gehöre. Aber man muss wissen, dass der erste Entwurf nur von der freien Willensbestimmung redete und aus der Motivirung des ersten Entwurfes deutlich hervorgeht, dass der Gesetzgeber gar kein Bedenken darin gefunden hatte, dem Sachverständigen sogar ganz allein die Frage nach dem Ausschluss dieses rein psychologischen Begriffes zu stellen. Erst

Digitized by Google

die Psychiater haben hiergegen protestirt und haben sich durch ihren Widerspruch selbst die Schlinge gelegt, aus welcher sie jetzt nicht heraus können. Und ich erinnere daran, dass *Jessen*, damals der Wortführer der Irrenärzte, etwa 10 Jahre später in der Vierteljahrschrift f. ger. Medicin seinen Irrthum bekannt und sich zu dem von mir vertheidigten Standpunkt bekehrt hat.

Tuczek-Marburg. Pro foro kommt man sehr häufig in Conflict zwischen der Anschauung, wonach die Beantwortung der Zurechnungsfähigkeit nicht innerhalb der ärztlichen Competenz liege, und den Anforderungen seitens des Richters und Staatsanwaltes, die diese Beantwortung direct fordern. Da nun die wissenschaftliche Deputation principiell die Aeusserung über die freie Willensbestimmung, gestützt auf die Motive des § 51 ablehnt, liesse sich erwägen, ob nicht aus unserer Mitte eine Collectiverklärung abgegeben werden sollte, in der wir unsere dem Standpunkt der wissenschaftlichen Deputation entsprechende Stellung wahren. Wenn ich hierzu heute die Anregung nicht gebe, so geschieht es, weil ich allerdings bei dem heutigen Stande der Strafrechtspflege eine principielle Ablehnung der Zurechnungsfähigkeitsfrage seitens der ärztlichen Gutachter nicht für opportun halte.

3. „Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit". Ref. *Jolly*-Berlin, Corref. *A. Roller*-Konstanz.

Jolly-Berlin. Die Trunksuchtsfrage hat seit einer Reihe von Jahren wiederholt den Verein deutscher Irrenärzte beschäftigt. Insbesondere geschah dies auf Anregung des verewigten *Nasse*[1]), dem wir sowohl eingehende Studien über die Krankheitserscheinungen des Alcoholismus verdanken, wie auch eine lichtvolle Erörterung der Maassregeln, welche zur Verminderung des Uebels führen können. Zuletzt wurde im Jahre 1887 von *Pelman*[2]) die wichtige Frage der Anstaltsbehandlung der Trinker besprochen und im Anschluss an seinen Vortrag auf Antrag von *Nasse* der Beschluss gefasst, dass unser Verein sich den Bestrebungen des deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke auf gesetzliche Regelung der ganzen Angelegenheit anschliesse.

Nachdem nun vor Kurzem von Seiten der Reichsregierung der Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht veröffentlicht worden ist,[3]) dürfte es Pflicht unseres Vereins sein, die Bestimmungen dieses Entwurfs zu prüfen und seine Meinung über die Zweckmässigkeit der einzelnen vorgeschlagenen Maassregeln, sowie über wünschenswerthe Abänderungen zum Ausdruck zu bringen. Ich möchte daher das Thema, dessen Besprechung ich auf Wunsch des Vereinsvorstandes übernommen habe — über Trunksucht in Bezug auf Zurechnungsfähigkeit — dahin erweitern.

[1]) *Nasse*. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie etc. 1877, 1878, 1879, 1881.
[2]) *Pelman*. Ibidem 1888.
[3]) Beilage zum Deutschen Reichsanzeiger 1891, 26. Aug. No. 200.

Digitized by Google

dass ich alle in dem erwähnten Gesetzentwurf vorkommenden Bestimmungen, welche das ärztliche und insbesondere das psychiatrische Gebiet berühren, der Erörterung unterziehe.

Was zunächst die Vorfrage betrifft, ob denn in der That der Alkoholmissbrauch zur Zeit in Deutschland sociale Uebel von solcher Bedeutung herbeigeführt habe, dass besondere gesetzgeberische Maassregeln zu ihrer Bekämpfung nothwendig erscheinen, so wird dieselbe in einem Kreise von Irrenärzten wohl ohne weiteres bejaht werden. In der Tagespresse sind jedoch vielfach abweichende Auffassungen zur Aeusserung gekommen und auch in den Verhandlungen des Juristentags in Köln ist im Ganzen die Ansicht zur Geltung gelangt, dass ein eigentlicher Nothstand nicht vorhanden und dass eine Aenderung der Gesetzgebung überflüssig sei. Gegen diese Meinung muss mit aller Bestimmtheit die irrenärztliche Erfahrung angeführt werden. In allen Irrenanstalten kann der Nachweis geführt werden, dass bei einem sehr erheblichen Procentsatz der aufgenommenen Kranken Alkoholmissbrauch unter den Ursachen der Erkrankung eine Rolle gespielt hat. Um nur einige Beispiele anzuführen, so giebt für die Rheinprovinz *Nasse* an, dass 28 pCt. der aufgenommenen Männer in Folge von Alcoholismus erkrankt seien, für das Elsass berechnet *Stark* 33,6 pCt. Zu analogen Ergebnissen bin ich in Unterfranken (Würzburg), Unterelsass (Strassburg) und in Berlin gekommen. Oertliche Verschiedenheiten kommen ja vor je nach der Häufigkeit des Trinkens in den einzelnen Provinzen und je nach der Art der genossenen Getränke. Im Durchschnitt ist es sicher nicht zu hoch veranschlagt, wenn man annimmt, dass in den wein- und schnapstrinkenden Gebieten Deutschlands 20—25 pCt. der in die Irrenanstalten aufgenommenen Männer Trinker gewesen sind. Dabei ist zuzugeben, dass ganz genaue Berechnungen durch den Umstand vereitelt werden, dass häufig neben dem Trunke noch verschiedene andere Ursachen mitwirken und dass eine sichere Abschätzung des Antheils, welcher auf den Alkohol trifft, nicht immer möglich ist. Jedenfalls ist aber die Zahl der vorwiegend durch Alkohol herbeigeführten Geistesstörungen eine so ausserordentlich grosse, dass sie das öffentliche Interesse in Anspruch nehmen muss.

Es kommt hinzu, dass die verderblichen Wirkungen der Trunksucht nicht nur bei den directen Opfern derselben, sondern häufig auch noch bei deren Nachkommenschaft zu Tage treten. *Nötel* fand in Andernach, dass bei 31,9 pCt. der aufgenommenen geisteskranken Männer und bei 28,1 pCt. der aufgenommenen Frauen Trunksucht des Vaters nachweisbar war; *Pelman* erhielt in Grafenberg für das gleiche Verhältniss die Zahlen 47,2 pCt. bezw. 42,3 pCt. Berücksichtigt man ferner, in wie grossen Zahlen in der Statistik der Verbrechen Trunksucht als treibendes oder begünstigendes Moment beständig wiederkehrt, wirft man einen Blick auf die trostlosen Zustände, auf die Verkommenheit und den Pauperismus,

Digitized by Google

die in den Familien der Trunksüchtigen einreissen, so kann die Forderung nach Aenderung dieser Zustände nicht als eine müssige bezeichnet werden.

Um die Frage nach allen Seiten klar zu stellen, darf nicht verschwiegen werden, dass in Berlin während der letzten Jahre eine geringe Verminderung der Häufigkeit acuter Alkoholerkrankungen eingetreten zu sein scheint. Zunächst kann ich wenigstens constatiren, dass in der Delirantenstation der Charité, welcher der grösste Theil dieser Fälle zugeführt wird, die Aufnahmezahlen während der letzten drei Jahre etwas kleiner geworden sind. Eine in nächster Zeit in Aussicht stehende Veröffentlichung von Herrn Dr. *Siemerling* wird die näheren Angaben hierüber bringen.[1]) Um sicher zu sein, dass nicht etwa nur eine scheinbare Abnahme vorliegt, bedingt durch stärkere Aufnahme in anderen Krankenanstalten, habe ich Herrn Geheimrath Dr. *Bär*, bekanntlich unsere grösste Autorität in Sachen der Alkoholstatistik, um bezügliche Angaben ersucht, und ich verdanke ihm die gütige Mittheilung, dass in der That die Gesammtaufnahme an Deliranten in sämmtliche Berliner Spitäler während der letzten drei Jahre um ein Geringes kleiner geworden ist als in den vorhergehenden Jahren. Man muss in der Verwerthung solcher Zahlen vorsichtig sein, da mancherlei Zufälligkeiten mitspielen und schon öfter vorübergehende Schwankungen vorgekommen sind, die sich dann rasch wieder ausgeglichen haben. Doch liegt die Vermuthung nahe, dass wenigstens von einiger Bedeutung die Erhöhung der Alkoholsteuer gewesen sei, in Folge deren der Consum etwas eingeschränkt wurde. Es würde dies in einer Verminderung zunächst der acuten Erkrankungen sehr wohl in solcher Zeit zum Ausdruck kommen können, und es würde darin schon ein Hinweis darauf zu finden sein, dass es durch gewisse Verwaltungsmaassregeln möglich ist, den Alcoholismus einzuschränken.

Mag nun diese Folgerung zugegeben werden oder nicht, jedenfalls ist die thatsächliche Verminderung doch bisher nur eine sehr unerhebliche: sie fällt gegen die grosse Menge der fortdauernd vorkommenden Fälle von Alcoholismus nicht in's Gewicht, sie kann daher auch nicht abhalten, Maassregeln durchzuführen, welche wirksamer die Trunksucht und ihre Folgen bekämpfen.

Welches sind nun die Maassregeln, die der neue Gesetzentwurf zu diesem Zwecke vorschlägt? Zunächst eine Reihe von polizeilichen und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen, welche sich auf die Verleihung von Schankconcessionen, auf die Ueberwachung des Wirthschaftsbetriebes, auf das Verhalten der Wirthe gegenüber den Betrunkenen und Trunkfälligen beziehen u. s. w. Ich unterlasse es, auf diese Bestimmungen einzugehen.

[1]) Die Arbeit ist inzwischen im XVI. Bande der Charitéannalen erschienen: *Siemerling*, Statistische und klinische Mittheilungen über Alcoholismus, insbesondere über die Rückfälligkeit der Trinker.

Digitized by Google

da sie das ärztliche Gebiet nicht berühren, auf welches ich mich hier beschränken will.

Nur über einen Punkt seien ein Paar Worte gestattet, über die Bestrafung der Betrunkenheit, wie sie in § 18 des Entwurfs festgesetzt wird, da ich auf eine andere, für unsere Beurtheilung wesentliche Bestimmung dieses Paragraphen später zurückkommen muss.

Wie es scheint, hat gerade die Bestimmung, dass die Aergerniss erregende Betrunkenheit strafbar sein solle (was in Frankreich und anderen Ländern bekanntlich längst der Fall ist), eine gewisse Verstimmung gegen den Gesetzentwurf hervorgerufen. Man glaubt, das Recht des freien Bürgers, bei patriotischen und sonstigen Festlichkeiten etwas über die Schnur zu hauen und seine Begeisterung dann auch auf die Strasse zu tragen, solle verkümmert werden. Man befürchtet, die Grenze zwischen dem unschädlichen Zopf und dem gemeingefährlichen Rausch werde in der Praxis nicht gezogen werden und die Wirkung werde sich in unberechtigter Beschränkung eines harmlosen Lebensgenusses bemerklich machen. Einige der Redner des Juristentages in Köln, die diesem Bedenken Ausdruck gaben, haben es geradezu als ungereimt bezeichnet, dass man in einer Stadt mit so vortrefflichen Weinen sich zu einer Beschränkung des Trinkens verstehen sollte. Hier war also wohl der Genius loci von einigem Einfluss, den der selige *Scheffel* unzweifelhaft als feucht bezeichnet haben würde.

Weniger harmlos nimmt sich aber die Sache aus, wenn man sich der in den grösseren Städten nicht seltenen Strassenscenen erinnert, wo man am hellen Tage Betrunkene umhertaumeln sieht, die von Zeit zu Zeit einen Zug aus der Schnapsflasche thun und sich durch die andächtige Versenkung in diesen Genuss als sichere Candidaten der Trunksucht mit allen ihren schweren Folgen erkennen lassen. Ein strengeres Einschreiten gegen solche Vorkommnisse würde freilich das Trinken selbst nicht aus der Welt schaffen, aber doch wohl im öffentlichen Interesse erwünscht sein. Wir können es jedoch getrost den Juristen überlassen, zu untersuchen, ob es hierzu eines besonderen Gesetzesparagraphen bedarf, oder ob nicht vielleicht eine ausgedehntere Anwendung des bekanntlich sehr dehnbaren Paragraphen über groben Unfug ausreichen würde.

Die Hauptfrage, mit welcher wir uns zu beschäftigen haben, ist nicht die der Betrunkenheit, sondern die der Trunksucht. Und hier werden wir am raschesten zur Klarheit kommen, wenn wir uns fragen, sind die von der Trunksucht Befallenen als Geisteskranke zu behandeln oder nicht? Sind sie demnach unzurechnungsfähig oder nicht? Müssen die über sie zu erlassenden Gesetze civil- und verwaltungsrechtlicher Natur sein oder strafrechtlicher Natur?

Die Beantwortung der ersten Frage involvirt die der folgenden.

Es ist nun wiederholt und u. A. auch von *Nasse* betont worden, dass ein Unterschied gemacht werden müsse zwischen Trunksucht, die als

Folge geistiger Störung auftritt, und zwischen Trunkfälligkeit, die zur Geistesstörung führt. Bei ersterer ist das Trinken ein pathologisches Symptom, das neben anderen psychischen Abnormitäten auftritt, bei letzterer ist es die selbständige Ursache des ganzen Uebels. Hört dieselbe bei Zeiten auf, so können die Folgen wegfallen oder wieder verschwinden. Dauert dieselbe fort, so tritt eine allmälig fortschreitende Erkrankung ein, die schliesslich unheilbar wird. Während also im ersteren Falle von vornherein geistige Störung vorhanden ist, kommt sie im letzteren erst im Laufe der Zeit zur Entwicklung.

So klar diese Unterscheidung zu sein scheint, so ist sie doch im praktischen Falle durchaus nicht immer durchführbar, und thatsächlich gehen Trunksucht und Trunkfälligkeit vielfach ineinander über. Denn auch in der zweiten Kategorie von Fällen findet sich eine erhebliche Zahl von solchen, in welchen zwar nicht von vornherein geistige Krankheit, wohl aber Krankheitsanlage, vererbte Disposition oder erworbene Schwäche des Nervensystems vorliegt und den Eintritt der Trunkfälligkeit begünstigt. Sodann führen zuweilen dieselben Ursachen, welche das Trinken veranlassen (körperliche Leiden, Gemüthsbewegungen), gleichzeitig direct zu Störung der psychischen Functionen. Vor allem aber sind auch in den zahlreichen Fällen von einfacher, reiner Trunkfälligkeit, in welchen also lediglich die Angewöhnung an ein nachtheilig wirkendes Genussmittel vorliegt, fast regelmässig schon lange Zeit vor dem Ausbruch ausgeprägter Geisteskrankheit Erscheinungen vorhanden, welche eine mehr oder weniger erhebliche Beeinträchtigung des psychischen Verhaltens erkennen lassen.

Zunächst ist es die Willensfähigkeit, welche leidet. Die Widerstandskraft dem oft genossenen und immer wieder lockenden Reizmittel gegenüber erlahmt mehr und mehr. Rücksichten auf die sociale Stellung oder auf das Wohl der Familie wirken nicht mehr als Hemmungen. „La nostalgie de la boue", wie es *Daudet* genannt hat, das Heimweh nach dem Schmutz wird immer mächtiger. Nicht selten schwillt dieses Gefühl periodisch nach längeren Zeiten der Ernüchterung mächtig an, Depressions- oder Erregungszustände kommen zur Entwicklung und leiten einen neuen Excess ein, der in schrankenloser Hingabe an das Genussmittel verläuft, nach Tagen schwerer Berauschung in tiefem Elend sein Ende findet. Wo sich ein solcher periodischer Ablauf der Erscheinungen zeigt, wird das Krankhafte derselben leichter erkannt, da die auffallenden Symptome des Anfalls sich von den ruhigen Zwischenzeiten deutlicher abheben, und da bei der steten Wiederkehr ähnlicher Erscheinungen die Unwiderstehlichkeit des Antriebes sich ohne Weiteres dem Beobachter aufdrängt. Es besteht jedoch kein wesentlicher und tiefer gehender Unterschied zwischen diesen und den mehr continuirlichen oder in unregelmässigen Anfällen verlaufenden Zuständen der Trunkfälligkeit. Auch in den letzteren zeigt sich die gleiche Willensschwäche, die gleiche Unfähigkeit zur Selbstbeherrschung, die gleiche Pflichtvergessenheit und vor Allem auch diejenige Wirkung

Digitized by Google

auf das intellectuelle Vermögen, welche nächst der Willensschwäche die in allen Fällen anhaltender Trunkfälligkeit früher oder später eintretende Erscheinung ist. Die letztere Erscheinung, die bekanntlich in vorgeschritteneren Fällen bis zur vollständigen Verblödung führen kann, kommt im Einzelnen in sehr verschiedener Stärke und in sehr verschiedener Raschheit zur Entwicklung. Aus der Verworrenheit der beständig wiederkehrenden Rauschzustände bleiben einzelne falsche Auffassungen oder Urtheile zurück. Misstrauen, Argwohn gegen die nächste Umgebung kann sich allmälig bis zu vollständigen Wahnbildungen steigern, die dann in den durch den Alkohol ausgelösten Erregungszuständen das Leitmotiv abgeben. Zeigt sich in dem Verhalten gegenüber diesen Wahnideen schon eine einseitige und oft lange Zeit vereinzelt bleibende Schwäche des Urtheils, so kommt in der Regel mit der Zeit doch auch eine allgemeinere Abnahme der Intelligenz hinzu. Das Denken wird schwerfälliger und unzusammenhängender. Vergesslichkeit und Zerstreutheit treten immer störender hervor, und wie bei allen Formen der geistigen Schwäche zeigt sich die Abnahme zunächst überall da, wo bestimmten Anforderungen genügt werden muss, im zielbewussten Handeln und in der Berufsthätigkeit.

Es ist nicht möglich, ganz bestimmt die Grenze zu bezeichnen, wo aus den ersten Anfängen dieser Zustände der Uebergang in ausgebildete Geistesstörung stattfindet. In den allerersten Stadien kann man die Trinker in der Regel noch nicht als eigentliche Geisteskranke bezeichnen. „Sie gehören", wie *Pelman* treffend sagt, „zu jener grossen Gruppe von Individuen, bei welcher die Grenze der geistigen Gesundheit bereits überschritten ist, ohne dass man sie deshalb schon zu den unbedingt Geisteskranken rechnen darf." Sie oscilliren, wie ich hinzufügen möchte, in diesem Grenzgebiet längere Zeit hin und her, überschreiten es zunächst schon zu wiederholten Malen nach stärkeren Excessen vorübergehend, um schliesslich dauernd auf die Seite der Geisteskranken überzutreten.

Immer aber sind doch die geschilderten Zustände schon Anfänge von Krankheit und somit als krankhafte zu bezeichnen. Sie vermögen daher auch ihre richtige Würdigung nur von Seiten des sachverständigen Arztes zu finden, welcher ihre weiteren Entwicklungsstufen kennt, und welcher ihre Beziehungen und ihre Stellung zu den übrigen psychischen Erkrankungen zu beurtheilen vermag. Nur auf Grund dieser Kenntniss lässt sich auch der richtige Weg zur Behandlung finden, nicht auf Grund einer einfach moralisirenden Betrachtung, die ja auch praktisch nur sehr geringe Erfolge gegenüber dem verbreiteten Uebel aufzuweisen hat.

Mit diesen Erörterungen haben wir uns die Grundlage geschaffen für die Beurtheilung der Stellung, welche das Recht gegenüber den Trinkern einzunehmen hat.

Fassen wir zuerst die strafrechtlichen Beziehungen in's Auge und fragen wir, ob es berechtigt ist, die Trunkfälligkeit als solche zu bestrafen? Ich muss diese Frage in Uebereinstimmung mit dem Refe-

Digitized by Google

renten des Juristentags unbedingt verneinen. Man würde dann in der Regel einen Kranken dafür bestrafen, dass er sich in Krankheit versetzt hat. Man würde dabei aber sehr häufig nicht in der Lage sein, den Antheil der Schuld abzumessen, der in ererbter Anlage, in andern krankmachenden Bedingungen sowie in zufälligen äusseren Umständen, welche die Entwicklung der Trunksucht befördert haben, gelegen ist. Vor allem aber würde mit einer solchen Bestimmung einseitig eine einzige Krankheitsursache unter Strafe gestellt werden, während man allen anderen Ursachen gegenüber nicht an eine solche denkt.

Ich kann mich in dieser Beziehung durchaus den Auseinandersetzungen anschliessen, welche *Mendel*[1]) gegenüber einer analogen Bestimmung in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches gemacht hat. Mit gleichem Rechte wie der Alkoholist müsste der Morphinist für seinen Zustand verantwortlich gemacht werden, nicht minder derjenige, der durch Syphilis gehirn- und geisteskrank geworden ist. Schliesslich sogar der Leichtsinnige, welcher ohne Führer einen gefährlichen Bergpfad erklommen und durch den unvermeidlichen Absturz sich eine Gehirnerschütterung mit bleibenden Folgen für seinen Geisteszustand zugezogen hat.

Wie verhält sich nun der Entwurf des Trunksuchtsgesetzes zu dieser Frage? Der bereits vorher erwähnte § 18 giebt die Antwort. Nachdem in dem ersten Absatz des Paragraphen festgesetzt ist, dass mit Geldstrafe oder mit Haft bis zu vier Wochen derjenige bestraft wird, welcher in einem selbstverschuldeten Zustande ärgernisserregender Betrunkenheit an einem öffentlichen Orte betroffen wird, lautet der zweite Absatz: Ist der Beschuldigte dem Trunke gewohnheitsmässig ergeben, so tritt Haft ein. Das heisst also, das gewohnheitsmässige Trinken soll bestraft werden.

Allerdings erscheint diese Bestrafung in etwas anderem Lichte, wenn man die Bestimmung in § 20 berücksichtigt. Danach sollen im Falle des § 18 Absatz 2 die Bestimmungen des § 362 Absatz 2 und 3 des Strafgesetzbuches mit der Maassgabe Anwendung finden, dass an Stelle der Unterbringung in ein Arbeitshaus u. s. w. die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt tritt. Allein die Thatsache bleibt doch bestehen, dass diese Unterbringung im Wege der Strafe erfolgt und somit als Bestrafung angesehen werden muss. Dadurch wird aber gleich ein weiterer, bedenklicher Grundsatz eingeführt, dass man nämlich den Anstalten, die zur Heilung von Trunksüchtigen bestimmt sein sollen, von vornherein den Stempel der Strafanstalten aufdrückt. Wir werden uns mit der Stellung dieser Anstalten noch besonders beschäftigen müssen, zunächst ist wohl nach allem, was angeführt wurde, der Wunsch gerechtfertigt, dass § 18 Absatz 2 aus dem Gesetz fortfallen möge.

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätswesen N. F. XLIX. 2 ff.

Digitized by Google

Im Anschluss an das über die strafrechtlichen Beziehungen der Trunksüchtigen Gesagte muss noch der Vollständigkeit halber in Kürze auf die Stellung derselben zu § 51 des Strafgesetzbuches eingegangen werden. Es ist mit Freude zu begrüssen, dass der neue Entwurf nicht mehr auf die Bestimmungen zurückgegriffen hat, welche in dem im Jahre 1881 vorgelegten Entwurf bezüglich der Bestrafung der im betrunkenen Zustande begangenen Handlungen vorgeschlagen waren. Es sollte nach diesem Vorschlage ein allerdings milderes, aber doch in gleichem Sinne abgestuftes Strafsystem auf diese Handlungen Anwendung finden wie auf die gleichen Handlungen Vollsinniger. — In der That liegt ein Anlass zu solchen besonderen Bestimmungen nicht vor. Es muss vielmehr der Feststellung im einzelnen Falle überlassen bleiben, ob durch Betrunkenheit der Zustand von „Bewusstlosigkeit" im Sinne des Gesetzes herbeigeführt war, welcher die Strafe ausschliesst, oder ob, wenn dies nicht der Fall war, nicht vielleicht eine Verminderung der geistigen Klarheit vorlag, welche die Annahme „geminderter Zurechnungsfähigkeit" bezw. die Zuerkennung mildernder Umstände rechtfertigt. Jedenfalls können die in Frage kommenden Zustände geistiger Beeinträchtigung keiner anderen Beurtheilung unterliegen als die durch irgend eine andere Ursache entstandenen von ähnlicher Form.

Das Gleiche, was für die strafbaren Handlungen des Betrunkenen gilt, muss aber auch auf die von Trunksüchtigen begangenen Handlungen Anwendung finden, mögen dieselben im Rauschzustande oder in relativ nüchterner Zeit vorgekommen sein. Es liegt durchaus der gleiche Fall vor wie bei Beurtheilung irgend welcher andern zweifelhaften Geisteszustände vor Gericht. Es kommt lediglich auf die unter sachverständiger Mithülfe zu machende Ermittlung an, ob die Folgen des Trunkes bereits zu eigentlicher Geisteskrankheit geführt haben, somit Strafausschluss bedingen, oder ob wegen Beinträchtigung der geistigen Fähigkeiten mildernde Umstände anzunehmen sind, oder endlich ob noch gar kein krankhafter Geisteszustand vorliegt.

Der neue Gesetzentwurf hat denn auch hierüber keine besonderen Bestimmungen getroffen. Er knüpft aber in § 21 an eine bestehende strafrechtliche Bestimmung an, wonach (§ 361 No. 5 des Strafgesetzbuches) „derjenige, welcher sich dem Trunke dergestalt hingiebt, dass er in einen Zustand geräth, in welchem zu seinem und der Seinigen Unterhalt durch Vermittelung der Behörden fremde Hülfe in Anspruch genommen werden muss, mit Haft bestraft und der Landespolizeibehörde mit der Folge überwiesen werden kann, dass letztere dadurch die Befugniss erhält, ihn bis zu zwei Jahren in einem Arbeitshause unterzubringen". Hier ist also bereits nach geltendem Recht eine bestimmte Folge der Trunksucht unter Strafe gestellt.

In den Motiven zu dem neuen Gesetzentwurf wird nun gewiss mit Grund hervorgehoben, dass diese Bestimmung erfahrungsmässig ihren

Digitized by Google

Zweck nicht erreicht, indem der Aufenthalt in einem Arbeitshause zur Heilung der Trunksucht nicht geeignet ist. Dem ist ohne Zweifel beizustimmen. Allein die Sache wird nicht gebessert, wenn, wie es der Entwurf vorschlägt, an Stelle der Ueberweisung in ein Arbeitshaus die in eine Trinkerheilanstalt gesetzt wird; vielmehr müsste auch hier die strafrechtliche Behandlung des Trinkers und die Verwandlung von Heilanstalten in Strafanstalten wegfallen und an ihrer Stelle die gleich zu besprechenden civil- und verwaltungsrechtlichen Bestimmungen treten, welche jene in der That entbehrlich machen.

Sehen wir uns nun zunächst die civilrechtlichen Bestimmungen an, welche der Entwurf den Trunksüchtigen gegenüber vorschlägt. Mit allgemeiner Zustimmung wird es ohne Zweifel begrüsst werden, dass die längst geforderte Entmündigung der Trinker unter bestimmten Voraussetzungen zulässig sein soll. Diese Voraussetzungen ergeben sich aus § 12 des Entwurfes, welcher in seinen ersten beiden Absätzen lautet: „Wer in Folge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Nothstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet, kann entmündigt werden."

„Der Entmündigte steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das Kindesalter überschritten hat. Seine Fähigkeit zu letztwilligen Anordnungen wird durch dieses Gesetz nicht berührt."

Man kann zunächst die Frage aufwerfen, ob es nicht richtiger gewesen wäre, als Voraussetzung der Entmündigung des Trinkers einfach das Vorhandensein eines krankhaften Geisteszustandes zu bezeichnen. Denn es kann nicht zweifelhaft sein, dass überall da, wo die in Absatz 1 bezeichneten Voraussetzungen gegeben sind, jene geistigen Abnormitäten bereits vorliegen, mit welchen wir uns früher beschäftigt haben. Ja es muss behauptet werden, dass das Recht des Staates, einen Trinker zu entmündigen und wie einen Minderjährigen zu behandeln, doch lediglich aus der Thatsache hervorgeht, dass dieser sich wie ein Minderjähriger benimmt d. h. nicht die bei dem geistesgesunden Volljährigen vorauszusetzende geistige Klarheit und Urtheilsfähigkeit besitzt.

Da es sich jedoch darum handelt, nicht allein diejenigen Fälle zu treffen, in welchen bereits die ausgebildeten Formen alkoholischer Geisteskrankheit vorliegen, in welchen ja auch nach bestehendem Recht schon entmündigt werden kann, sondern auch die Uebergangszustände, für welche dies bisher nicht möglich ist, so erscheint eine besondere Bestimmung durchaus gerechtfertigt. Auch ist nichts dagegen zu sagen, dass in dem Paragraphen die bestimmten Wirkungen des Leidens bezeichnet werden (Aufhebung der Geschäftsfähigkeit, Unfähigkeit für die Familie zu sorgen, Gefährdung der öffentlichen Sicherheit), welche die Entmündigung als nothwendig erscheinen lassen.

In einem Punkte jedoch entsprechen die vorgeschlagenen Bestimmungen der Voraussetzung nicht, welche sich nach allen bisherigen Ausfüh-

Digitized by Google

rungen als nothwendig ergiebt, nämlich in Bezug auf die Mitwirkung sachverständiger Aerzte.

Absatz 5 des § 12 lautet:

„Auf das Verfahren finden die Bestimmungen über die Entmündigung von Verschwendern (§ 621 bis 627 der Civilprozessordnung) mit der Maassgabe Anwendung, dass eine Mitwirkung der Staatsanwaltschaft in demselben Umfange stattfindet, wie sie für das Verfahren bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit in den §§ etc. der Civilprozessordnung vorgeschrieben ist."

Während also die staatsanwaltliche Mitwirkung in gleicher Weise stattfinden soll wie bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit, ist von ärztlicher Untersuchung und Begutachtung, wie sie bei dieser vorgeschrieben ist, hier nicht die Rede.

Es beruht diese Unterlassung wohl auf der gleichen Anschauung, welche in der Strafrechtspflege vielfach hervortritt, wenn es sich um Delicte handelt, welche in betrunkenem Zustande begangen wurden. Bei der Beurtheilung solcher, jedem Laien aus Erfahrungen an sich oder Anderen bekannter Zustände glaubt man auf sachverständige Berathung verzichten zu können. Wenn dies aber auch mit gewissen Einschränkungen für die einfache Betrunkenheit zutreffen mag, so ist es für die Zustände der Trunksucht sicher nicht zulässig. Verwerthbare Erfahrungen über diese sammelt nur derjenige, der sich fachmässig mit ihrer Beobachtung beschäftigt, der im Stande ist, den Vergleich mit anderen Krankheitszuständen zu machen und demnach abzuwägen, in welchem Grade ein krankhafter Zustand vorliegt und inwieferne die beobachteten Erscheinungen als Folgen der Trunksucht oder als Wirkungen anderer Bedingungen aufzufassen sind. Diese Erfahrungen fallen somit ohne Zweifel in das Gebiet des sachverständigen Arztes und es ist daher gewiss berechtigt, wenn wir die Forderung stellen, dass seine Mitwirkung bei der Entmündigung wegen Trunksucht in gleicher Weise stattfinden müsste wie bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit. In diesem Sinne muss also eine Ergänzung des § 12 als wünschenswerth bezeichnet werden.

Ein letzter Punkt, über welchen der Entwurf dankenswerthe Bestimmungen enthält, betrifft die unter gewissen Umständen zulässige zwangsweise Verbringung von Trinkern in Trinkerheilanstalten.

Dass diese nicht durch strafrechtliches Urtheil erfolgen sollte und dass daher eine Abänderung der betreffenden Bestimmungen gewünscht werden muss, wurde bereits früher auseinandergesetzt. Der Hauptsache nach ist es jedoch auch nicht dieser Weg, auf welchem die meisten Trinker den Anstalten zugeführt werden sollen, sondern ein anderer, sich an die Entmündigung anschliessender.

In Absatz 3 des § 12 wird bestimmt:

„Der Entmündigte erhält einen Vormund." . . . „Der Vormund kann

Digitized by Google

den Bevormundeten mit Genehmigung der Vormundschaftsbehörde in eine Trinkerheilanstalt unterbringen. Macht der Vormund von dieser Befugniss ungeachtet eines vorliegenden Bedürfnisses keinen Gebrauch, so kann die Unterbringung von der Vormundschaftsbehörde angeordnet werden."

Mit dieser Bestimmung können wir uns wohl unbedingt einverstanden erklären, und es könnte nur noch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht auch ohne vorgängige Entmündigung die zwangsweise Aufnahme in Trinkeranstalten für zulässig erklärt werden sollte, selbstverständlich unter entsprechenden Kautelen. Ein Bedürfniss, hier die directe Aufnahme zu gestatten, liegt jedenfalls nicht in so bestimmter Weise vor wie bezüglich der Aufnahme von Geisteskranken in die Irrenanstalten, da die Gefahr der durch das Entmündigungsverfahren bedingten Verzögerung bei den Trinkeraufnahmen kaum ins Gewicht fällt.

Von grösster Wichtigkeit ist aber schliesslich die verwaltungsrechtliche Frage, welche Stellung die Trinkerheilanstalten selbst im Verhältniss zu anderen der Krankenfürsorge dienenden Anstalten einzunehmen haben und wer zu ihrer Einrichtung und Beaufsichtigung verpflichtet sein soll. Hierüber enthält der neue Entwurf keine Bestimmungen. Nur in den Motiven zu § 20 und 21 ist gesagt, es sei zu erwarten, dass derartige Anstalten im Fall der Einführung der Zwangsunterbringung in denselben durch das Zusammenwirken der Vereins- und communalen Thätigkeit sich ebenso vermehren würden, wie dies hinsichtlich der Anstalten zur Erziehung verwahrloster Kinder nach Einführung der Zwangserziehung geschehen sei.

Hiebei ist aber ein wesentlicher Punkt unberücksichtigt geblieben. Die Trinkerheilanstalten verfolgen wohl zum Theil auch erziehliche Zwecke. Der Hauptsache nach sind sie aber Krankenanstalten, in welchen in erster Linie auf richtige Würdigung der vorliegenden Krankheitszustände gesehen und die moralische Besserung der Insassen wesentlich durch geeignete ärztliche und hygienische Maassregeln vorbereitet und ermöglicht werden muss. Ein grosser Theil dieser Insassen ist überhaupt nicht heilbar: sie bleiben geistig geschwächt und moralisch haltlos und müssen dauernd in der Anstalt verpflegt werden. Dort bedürfen sie einer ähnlichen Fürsorge wie die Pfleglinge in den Irrenanstalten. Es ist unvermeidlich, dass bei solchen chronisch Schwachsinnigen gelegentlich Erregungszustände auftreten, dass bei einzelnen eine Fortentwickelung der Krankheit zu tieferer Verblödung eintritt, noch häufiger wird es vorkommen, dass bei den neu Aufgenommenen Zustände von Delirium tremens ausbrechen, dass Fälle von Alkoholepilepsie mit öfter wiederkehrender transitorischer Geistesstörung sich entwickeln, und dass endlich die zahlreichen körperlichen Folgen des chronischen Alcoholismus sich einstellen. Kurz bezeichnet nimmt die Trinkerheilanstalt naturgemäss eine Mittelstellung ein zwischen dem einfachen Krankenhaus und der Irrenanstalt, und sie darf dabei, wenn sie ihren Zweck erreichen und die

nöthigen Garantien bieten soll, unter keiner anderen als unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehen. Dies ist aber bei den wenigen Trinkeranstalten, die bisher in Deutschland bestehen, zumeist aus geistlicher Initiative hervorgegangen, durchaus nicht der Fall. Der ärztliche Einfluss ist dabei in der Regel nicht oder nur in untergeordnetem Maasse zur Geltung gekommen. Solange nur freiwillige Aufnahmen in Betracht kamen und der Aufgenommene jeder Zeit das Recht hatte, die Anstalt zu verlassen, war dagegen nicht viel einzuwenden. Anders liegt aber die Sache, sobald es nicht mehr im Belieben des Einzelnen steht, ob er eintreten und wie lange er bleiben will, da er vielmehr zwangsweise Jahre hindurch zurückgehalten werden kann. Der Zwang, welchen der Staat ausüben wird gegenüber dieser bestimmten Kategorie von Kranken (denn so müssen wir nun doch alle diejenigen nennen, die für das *Trinker*asyl reif geworden sind), ist der gleiche und aus den gleichen Gründen hergeleitet wie bei den gemeingefährlichen Geisteskranken, welche auf öffentliche Anordnung in eine Irrenanstalt verbracht werden. Daraus erwächst die Pflicht, in diesen Anstalten in gleicher Weise für die ärztliche Leitung und für die staatliche Beaufsichtigung zu sorgen, wie dies in den Irrenanstalten geschieht. Die Zeiten sind glücklicherweise vorbei, in welchen für die letzteren in Frage kommen konnte, ob sie der ärztlichen Leitung bedürften oder nicht. Wollte man den hier als richtig anerkannten Grundsatz nun auf einmal bei den Trinkerheilanstalten für falsch erklären, so würde man eine Einrichtung schaffen, die mehr Schaden als Nutzen stiften könnte und die einen beklagenswerthen Rückfall in veraltete und unhaltbare Auffassungen bedeuten würde.

Der Schluss, zu welchem diese Betrachtungen führen, ist der, dass ein Gesetz wie das vorliegende nicht erlassen werden sollte ohne gleichzeitige gesetzliche Regelung der Anstaltsfrage. Und diese müsste in dem Sinne erfolgen, dass die Trinkerheilanstalten sowohl in Bezug auf die ärztliche Leitung wie in Bezug auf die staatliche Beaufsichtigung in gleicher Weise gestellt würden wie die Irrenanstalten.

Fasse ich nun endlich nochmals zusammen, nach welchen Richtungen Aenderungen und Zusätze zu dem vorgelegten Gesetzentwurfe vom ärztlichen Standpunkte aus nothwendig erscheinen, so ergeben sich folgende drei Sätze:

1. Die Bestrafung der Trunksucht als solcher ist nicht zulässig.
2. Bei dem Entmündigungsverfahren wegen Trunksucht ist die Mitwirkung eines sachverständigen Arztes in gleicher Weise nothwendig wie bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit.
3. Die Trinkerheilanstalten, in welchen die zwangsweise Unterbringung von Trinkern erfolgt, bedürfen in gleicher

Weise der ärztlichen Leitung und der staatlichen Beaufsichtigung wie die Irrenanstalten.

Roller-Konstanz. Das Thema „Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit" führt direct in das weite Gebiet der Maasregeln zur Bekämpfung der Trunkfälligkeit hinein. Es kann nun selbstverständlich nicht die Aufgabe sein, auf die allgemeinen socialen, wirthschaftlichen und ethischen Ursachen des Ueberhandnehmens der Trunkfälligkeit einzugehen. Das gestellte Thema bietet vielmehr allein von strafrechtlichen, rechtspolizeilichen und civilrechtlichen Standpunkten aus schon eine reiche Fülle von Betrachtungen.

Soweit es sich nun dabei um strafrechtliche Repressivmaasregeln handelt, so muss von vornherein darauf hingewiesen werden, dass sie nur dann etwas zu erreichen im Stande sind, wenn die prophylaktischen Maassnahmen gewerbepolizeilicher und anderer Art vor und neben ihnen ausgiebig getroffen und gehandhabt werden. Denn die ersteren vermögen nur mittelbar der Trunkfälligkeit zu steuern; sie können nur einzelne Zweige beschneiden, während die prophylaktischen Maasnahmen wenigstens bis in die Nähe einer oder der anderen Wurzel des Trinkübels zu gelangen vermögen.

Die verheerenden Folgen der Trunkfälligkeit für das Wohl des Einzelnen, der Familie, der Gemeinde und des gesammten Volkes in wirthschaftlicher, socialer, ethischer Beziehung, der gegebene Zusammenhang zwischen Trunkfälligkeit und Vermehrung der Verbrechen, sowie auch der Zunahme der von ihr beeinflussten Geisteskrankheiten, sind nicht zu bestreiten, obwohl sich nicht verkennen lässt, dass das Verhältniss zwischen Trunkfälligkeit und Delikten nicht immer ein unmittelbar ursächliches ist. Welche sociale Umstände anderer Art aber auch die Vermehrung der Criminalität bedingen mögen, die Trunkfälligkeit verschlimmert eben ihrerseits diese anderen Ursachen. Um so wichtiger ist ihre energische Bekämpfung von Seiten der Gesellschaft wie des Staates. Die Repression eines Staates reicht nicht aus, es muss der Möglichkeit des allzu leicht zu erlangenden, allzu grossen Consums der geistigen Getränke, zunächst vor Allem des Branntweins, gesteuert werden. Mit dem jetzigen Entwurfe des Trunkfälligkeitsgesetzes haben die verbündeten Regierungen einen bedeutenden Schritt hierin vorwärts gethan. Nicht fehlen sollte freilich eine hohe Fabrikatsteuer und die Ausrottung der Hausbrennereien. Auch wird man sich durch das Widerstreben im Volke gerade gegen die letztere Maassregel nicht irre machen lassen dürfen, denn wie die 1865er Gesetzgebung in Schweden darthut, hat sich auf die Aufhebung zusammen mit der Ergreifung anderer gewerbepolizeilicher Maassnahmen hin der Volkswohlstand gehoben, obgleich es im Laufe der Jahre einen harten Kampf gekostet hat, bis die mehr als 170000 Hausbrennereien, die im Jahre 1829 bei einer Bevölkerungszahl von etwa 2 Millionen vorhanden waren, schliesslich verschwunden waren. Der steuerfreie Haustrunk vermag ihre Stelle

Digitized by Google

für den menschlichen Genuss völlig zu ersetzen. Die vortheilhafte Rückwirkung der Hausbrennerei auf die Landwirthschaft ist von competenter Seite sehr bestritten. (*Baer* S. 478.)

Zu begrüssen ist aber im Allgemeinen die Regelung des Schankgewerbes und des Kleinhandels mit Branntwein in dem neuen Entwurfe. Damit kehren die verbündeten Regierungen auf den Standpunkt des Entwurfs der Gewerbeordnung von 1869 zurück. Die Möglichkeit, beim Fehlen eines Bedürfnisses die Erlaubniss zu versagen, war damals bereits vorgesehen, wurde aber vom Reichstage nicht angenommen. Die den Landesregierungen dafür eingeräumte Zuständigkeit genügte dagegen so wenig, dass sich nun die Zahl der Wirthschaften verdrei- ja vervierfachte; besonders unter den jüngeren Klassen der arbeitenden Bevölkerung verbreitete sich die Trunkfälligkeit, so dass die in Gemeinde- und Bezirks-Landesvertretungen und schliesslich im Reichstage selbst immer lauter deshalb erschallenden Klagen im Jahre 1879 zu einer Aenderung der Gewerbeordnung dahin führten, dass die Landesregierungen allgemein die Befugniss bekamen, die Erlaubniss zum Ausschanke und zum Kleinhandel mit Branntwein von dem Bedürfnissnachweise abhängig zu machen. Alle Landesregierungen mit Ausnahme von Bremen, Hamburg nur für das Landgebiet, machten davon Gebrauch und jetzt soll der Bedürfnissnachweis als gesetzliches Erforderniss der Erlaubniss eines Schankes und Kleinhandels mit Branntwein eingeführt werden. Im Uebrigen treten hinsichtlich des Ausschankes anderer geistiger Getränke und bezüglich Gastwirthschaften in Städten von mehr als 15000 Einwohnern Verschärfungen ein. Sehr wichtig ist ferner, dass in Ortschaften von mehr als 5000 Einwohnern kein anderer Kleinhandel zusammen mit dem Kleinhandel mit Branntwein oder Spiritus betrieben werden darf.

Es wäre übrigens zu wünschen, dass die Zahl der Schänken, verbunden mit hoher Lizenzabgabe, nach einer bestimmten Anzahl von Einwohnern bemessen würde. Es fielen damit wichtige Angriffspunkte der Gegner des Gesetzentwurfes weg. Es ist aber auch nicht zu bestreiten, dass je nach einem milden Standpunkte dem Schnapsgenusse gegenüber oder bei grossem Einflusse der in Betracht kommenden Wirthe die Gemeindebehörden oft die Bedürfnissfrage sehr lax bejahen mögen, obgleich in Wirklichkeit kein Bedürfniss nach einer neuen Schänke ist. Beim Branntweinhandel schafft sich, wie *Baer* richtig bemerkt, das Angebot die Nachfrage, nicht umgekehrt. Uebrigens könnte man, um allen Anforderungen gerecht zu werden, dem Bundesrathe die Befugniss einräumen, Ausnahmen zu gestatten.

Zu den vom Entwurfe vorgesehenen gewerbepolizeilichen Maassnahmen sollte wohl auch noch die kommen, dass die öffentliche Bekanntmachung der Namen von rückfälligen Trinkern gestattet, sie insbesondere den Wirthen mitgetheilt werden darf. Eine Maassregel, die § 13 des Alters- und Invaliditätsversicherungsgesetzes bereits vorsieht. Es steht zu hoffen,

dass so auf den Alcoholismus, diesen Inbegriff der körperlichen, geistigen und sittlichen Schäden, die in Folge übermässigen Alkoholgenusses in der menschlichen Gesellschaft entstehen, günstig eingewirkt werden kann. Die Erfahrungen anderer Länder berechtigen zu dieser Erwartung. Dann wird sich wohl auch die Trunkfälligkeit der einzelnen Individuen vermindern, die Gewohnheitsmässigkeit des Trunkes, deren charakteristisches Merkmal der früher oder später eintretende völlige Verlust der Selbstbeherrschung ist gegenüber dem rücksichtslosen Drange nach dem Genusse berauschender Getränke.

Wie wir sehen, handelt es sich dabei um einen Zustand, noch dazu einen habituellen Zustand. Da strafrechtliche Repressivmaassregeln aber nur gegen concrete verbotene Handlungen oder Unterlassungen in Anwendung gebracht werden können, so erhellt daraus, dass sie sich nicht unmittelbar gegen den Zustand der Trunkfälligkeit selbst zu wenden vermögen, sondern nur mittelbar d. h. gegen ihre Einzeläusserungen, so dass nur die in Folge der Trunkfälligkeit im Einzelfalle vorhandene Trunkenheit vom criminalistischen Standpunkte aus in Erwägung genommen werden kann, sei es, dass sie bei einer strafbaren Handlung auftritt oder dass die in und mit ihr sich äussernde Handlungsweise ein eigenes Delict für sich darstellt.

In diese 2 Fragen gliedert sich denn auch die Betrachtung des Thema's: Trunksucht mit Bezug auf Zurechnungsfähigkeit vom criminalistischen Standpunkte aus. Es frägt sich also:

1. Schliesst die Trunksucht bei einem objectiv vorhandenen Delicte die strafrechtliche Verantwortlichkeit, bejahenden Falls, aus welchen Gründen aus und beeinflusst die Trunkfälligkeit in minderndem oder erhöhendem, milderndem oder schärfendem Grade die Strafzumessung?
2. Kann Trunkenheit ein selbständiges Reat bilden?

Die erste Frage ist nach der Seite, ob Trunkenheit Freisprechung oder eine mildere oder höhere Strafe herbeiführt, zwar bei der gegenwärtigen ausserordentlichen Verbreitung der Trunkfälligkeit von besonderer Bedeutung, allein neu ist diese Frage an sich keineswegs. Sie hat vielmehr bereits von alther die Weisen und Gelehrten und nachmals die Gesetzgebungen beschäftigt.

Schon *Aristoteles* erklärt im 34. Kapitel seiner Ethik, dass Trunkenheit nicht von Veranwortlichkeit befreie, da der Thäter selbst die Ursache seines Zustandes sei und weil er eben nicht so viel hätte trinken sollen. Die Römer fassten im Allgemeinen die Trunkenheit dem Affekte gleich als mildernden Umstand auf, während bei wörtlicher Majestätsbeleidigung Specialentscheidung der Kaiser im einzelnen Falle vorbehalten, die Trunkenheit gleichsam als Wahnsinn aufgefasst wurde und deshalb Freisprechung bewirkte. Das islamitische Recht sieht in der Trunkenheit eines Moslems ein mit 80 Ruthenstreichen zu bestrafendes rituelles Delict. Das kano-

Digitized by Google

nische Recht bewegt sich ebenfalls in sehr strenger Betrachtungsweise. In seiner Weiterbildung führt *Thomas v. Aquin* aus, dass die zufällige, bis zur Bewusstlosigkeit gediehene Trunkenheit die Verantwortlichkeit ausschliesse, dass aber bei absichtlichem oder fahrlässigem Sichversetzen in diesen Zustand neben der Strafe des Delicts noch eine besondere für die Trunkenheit selbst zu bemessen sei, dass indessen beide niederer als die ordentliche Strafe für einen Nichttrunkenen zu normiren seien.

Das französische, belgische und niederländische Recht wurde nun bis auf unsere Tage theils durch die Doctrin *Thomas v. Aquin's* theils durch die Ansichten italienischer Juristen beeinflusst, die für das Delict selbst eine ausserordentliche, mildere Strafe im Falle der Trunkenheit des Thäters als gerechtfertigt ansahen, indem sie den bösen Vorsatz als durch die Trunkenheit ausgeschlossen annahmen und in solchem Falle nur Fahrlässigkeit unterstellten. Die Stellung dieser Völker ist überhaupt ihrer Auffassungsweise nach eine erheblich strengere gegenüber der Trunkfälligkeit, als es die deutsche Anschauung im Allgemeinen ist. Die Artikel 64 und 65 des Code pénal kennen nur die démence als Schuldbefreiungsgrund. Unter sie fällt Trunkenheit nicht. Das ist nun selbstverständlich zu eng, und man hilft sich deshalb dort mehrfach dadurch, dass man, zumal in Fällen, in denen es nicht schon auf Fahrlässigkeit, sondern nur auf bösen Vorsatz ankommt, diesen letzteren verneint, indem man annimmt, dass Trunkenheit ihn ausschliesst. So kommt man dann auf diesem Wege unter Umständen zur Freisprechung. Das italienische Strafgesetzbuch von 1888 bildet in der hier in Betracht kommenden Frage den Abschluss einer durch Jahrhunderte sich hindurchziehenden Beschäftigung von Gelehrten und dann auch von einzelnen Gesetzbüchern mit diesem Gegenstande. Volltrunkenheit bis zur Bewusstlosigkeit schliesst die Verantwortlichkeit aus; allein dann wird der Thäter für die Trunkenheit mit einer Haftstrafe bis zu einem Jahre belegt. Das italienische Gesetz kennt für geminderte Zurechnungsfähigkeit geringere Strafen, die aber für den Fall gewohnheitsmässiger Trunkenheit nicht voll gemindert werden dürfen. Ausgeschlossen ist jede Strafminderung, wenn der Inculpat sich betrank, um sich die Begehung des Delictes zu erleichtern oder um sich eine Entschuldigung zu verschaffen. —

Das englische Recht hat sich dagegen in insularer Abgeschlossenheit, wesentlich beeinflusst durch die eigengestaltete formale Beweistheorie des englischen Strafverfahrens, völlig autochton entwickelt. Es fehlt an einer ausreichenden einheimischen kritischen, philosophischen und historischen Durchdringung der englischen Jurisprudenz, die festländischen Forschungen haben keinen Einfluss geübt. Sie steht völlig, wenigstens bis vor Kurzem, unter dem Einflusse der moralischen Betrachtungsweise, so dass selbst Puerperalwahnsinn nicht allgemein als Entschuldigungsgrund gilt. Auch eine bis zur Bewusstseinsstörung gediehene Trunkenheit bildet keinen Strafausschliessungsgrund hinsichtlich des verübten Delictes selbst. In neuerer

Digitized by Google

Zeit macht sich allerdings ein Schwanken der Rechtsprechung in England und in dem ihm grösstentheils hierin folgenden Nordamerika bemerkbar. Es hängt indessen der Wahrspruch der Geschworenen von der Zufälligkeit ab, ob das Del. trem. oder die in ihm oder in der sonstigen Trunkenheit sich etwa zeigende Geistesgestörtheit von dem Vertheidiger in den Vordergrund geschoben wird.

In Deutschland waren bis zur Mitte des achtzehnten Jahrhunderts die Meinungen der italienischen Juristen und des sie weiter ausgestaltenden Leipziger Rechtsgelehrten *Benedikt Carpzow* maassgebend. Von da bis zur Einführung des jetzt geltenden Strafgesetzbuches gewann *Böhmer* mit seinem 1770 erschienenen Kommentar der Carolina entscheidenden Einfluss. Nach dieser Theorie befreit zufällige Trunkenheit von Verantwortlichkeit. Absichtliches Betrinken behufs Verübung eines Delictes zieht die Strafe auf sich, die im Allgemeinen auf diesem steht. Beim fahrlässigen Gerathen in den trunkenen Zustand tritt eine mildere Strafe ein. *Böhmer* tritt für strenge Beurtheilung in allen Fällen ein, in denen die Betrunkenheit keine völlige war, will aber immerhin die Höhe der im Einzelfalle zu erkennenden Strafe von dem Maasse der Betrunkenheit abhängig machen.

Ihm folgten in thunlich casuistischer Ausgestaltung die verschiedenen im Laufe dieses Jahrhunderts ergangenen deutschen Strafgesetze.

Jetzt ist der § 51 RStGb. für die Frage maassgebend, ob Trunkenheit die strafrechtliche Verantwortlichkeit ausschliesst, während für die Entscheidung, ob in der Trunkenheit mildernde oder schärfende Strafzumessungsgründe zu finden sind, die allgemeinen Bestimmungen in ihrer Anwendung auf den einzelnen Fall in Anwendung zu kommen haben. Das Reichsgericht sprach in einem Urtheile vom 23. Oct. 1890 aus, dass wie jedes andere Thatbestandsmerkmal dem Angeklagten auch das Nichtvorhandensein der Voraussetzungen des § 51 RStGb. nachgewiesen sein müsse. Es ist damit der Standpunkt des englischen Rechtes, nach welchem der Vertheidiger die Geisteskrankheit seines Clienten nachzuweisen hat, als für deutsche Rechtsauffassung nicht zutreffend bezeichnet. Das Reichsgericht steht auf dem Standpunkt, dass bei Vorhandensein einer der Voraussetzungen des § 51 RStGb. von einer Handlung im strafrechtlichen Sinne nicht die Rede sein könne. Die beiden Voraussetzungen sind nun: Bewusstlosigkeit und krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung ausgeschlossen wird. Bewusstlosigkeit im Sinne des Strafgesetzes ist bei Fehlen der Continuität des Bewusstseins bereits gegeben. Das Fehlen der Erinnerung in Bezug auf gewisse Zeitabschnitte ist das beste Criterium hierfür. Eine einzelne momentan richtige Aperception ist übrigens damit vereinbar. Für die Beweisfrage im Einzelfalle ist daher auf das Verhalten des Angeschuldigten nach der That, die Erforschung von constitutionellen und sonst prädisponirenden Einflüssen ein grosser Werth zu legen und, wenn thunlich, ein Sachverständiger bei derartigen Erhebungen zuzuziehen. Bei der zweiten in § 51 RStGb. vor-

Digitized by Google

mirten Voraussetzung stösst man sich in psychiatrischen Kreisen vielfach an der Hereinbeziehung der freien Willensbestimmung. Man übersieht aber dabei, dass das Gesetz nicht eine unbeschränkt freie Willensbestimmung an sich je als gegeben subsumirt, dass vielmehr der beschränkt indeterministische Standpunkt maassgebend ist, dass zur Zurechnung eines objectiv gegebenen Reates nur nöthig ist, dass der Wille im Stande ist, Bewegungen zu hemmen, die aus Reflex oder instinctiver Begehrung anzufangen und abzulaufen drohen. Der Streit zwischen der indeterministischen und der deterministischen Auffassungsweise ist ein sehr alter. Eine der am glänzendsten auf dem letzteren Standpunkte aufgebauten Theorien, die des psychologischen Zwanges von *Feuerbach*, ist an der practischen Undurchführbarkeit gescheitert. Es ist auch klar, dass, wenn auf die Willenssphäre nicht der ausschlaggebende Werth gelegt wird, man sich gedrängt sieht, diesen der intellectuellen Sphäre zuzuwenden. In dem Augenblicke aber, dass auf das Wissen der Hauptnachdruck gelegt wird, ist es nöthig, eine Kenntniss der einzelnen Gesetzesbestimmungen seitens aller in Betracht kommenden Individuen zu fingiren, die nun einmal in Wirklichkeit nicht vorhanden, practisch also undurchführbar ist. Dies gilt auch der gegenwärtig in der Literatur vertretenen Theorie gegenüber, die die Schuld nur dann für gegeben ansieht, wenn das Bewusstsein des Thäters vorhanden sei, dass er mit seiner Handlung ein Strafgebot verletze. Ebenso erhellt, dass es praktisch auf den gleichen Erfolg hinausläuft, wenn man sich auf den Standpunkt der *Binding*'schen Schuldlehre stellen wollte, nach der zur Schuld genügen soll, wenn dem Thäter überhaupt nur klar war, dass er etwas rechtlich Verbotenes thue, auch wenn er nicht gerade das Strafgesetz gekannt habe, gegen das er handelte. Das rechtlich Verbotene krystallisirt sich eben in Bezug auf ein concretes Reat zu dem Gegenstande einer positiven Gesetzesbestimmung. Somit bleibt nur der Standpunkt des Reichsgerichts übrig, wonach die Schuld vorliegt, sobald der Thäter den gesetzlichen Thatbestand des betreffenden Delictes d. h. den Inbegriff sämmtlicher Merkmale desselben mit Wissen und Wollen (in strafrechtlichem Sinne aufgefasst) verwirklichte, auch wenn er sich über die Rechtswidrigkeit seines Thuns im Unklaren befand.

Auch darf der Theorie, welche von einer Berücksichtigung der (beschränkt indeterministischen) Willensbestimmung absehen will und die den Schutz der Gesellschaft vorschiebt, die an Stelle der *Hegel*'schen Entwickelungslehre die mechanisch darwinistische setzen will, wohl die Frage entgegengehalten werden, wie denn von diesem Boden aus die Entstehung der Gesellschaft selbst erklärt werden will. Denn wenn man sich mit dem Setzen einer immanenten Zweckbestimmung helfen wollte, so wäre der deterministische Standpunkt aufgegeben.

Von psychiatrischer Seite wird es nun vielfach abgelehnt, sich über die Zurechnungsfähigkeit eines Inculpaten im einzelnen Fall zu äussern, mit der Begründung, dass deren Beurtheilung Sache des Richters sei.

Digitized by Google

Juristischerseits lehnt man aber den Begriff Zurechnungsfähigkeit ebenfalls als einen nicht juristischen ab. Der Richter hat es mit der Zurechnung zu thun und diese gliedert sich in die Zurechnungsmöglichkeit und, wenn diese gegeben ist, in die Arten und Grade der Zurechnungsbeschaffenheit. Die Frage, ob eine Schuld vorhanden ist, hängt von der Frage ab, ob eine der Voraussetzungen des § 51 RStGb. gegeben ist oder nicht. Nur im letzteren Fall, bei Bejahung der Zurechnungsmöglichkeit, frägt es sich, welche Art und welcher Grad der Strafe anzuwenden ist.

Von psychiatrischer Seite wird theilweise jede Berücksichtigung hiervon abgelehnt. Man befasst sich nur mit der Beantwortung der Frage, ob eine Krankheit vorhanden ist, wobei allerdings nicht abzusehen ist, wie die Stellungnahme zu dem Einflusse der Krankheit auf die Willenssphäre des betreffenden Individuums vermieden werden will.

Der Austrag der Frage, ob die Krankheit von grösserem oder geringerem Einfluss auf die Willenssphäre ist, bewegt sich lediglich auf psychiatrischem Boden. Von dem psychiatrischerseits gefundenen Befunde im Einzelfalle hängt die Bejahung oder Verneinung der Zurechnungsmöglichkeit und nur bei ihrer Bejahung das Finden der Art und Weise des Grades der Zurechnungsbeschaffenheit durch den Richter ab.

Hinsichtlich der einzelnen pathologischen Alkoholzustände aber, die als unter § 51 RStGb. fallend zu bezichnen sind, kann auf die betreffenden Ausführungen in dem Lehrbuche des Professors v. *Krafft-Ebing* verwiesen werden.

Es wäre für die Praxis wünschenswerth, wenn die unter § 51 RStGb. fallenden Alkoholzustände unter der Bezeichnung Trunksucht zusammengefasst werden könnten, während der Zustand des Gewohnheitstrinkens, in dem nur ein geringerer Grad von Willens- oder intellectueller Schwäche, ein gewisser Grad von Reizbarkeit, Gemüthsstumpfheit, von Rücksichtslosigkeit gegen die Angehörigen gegeben ist, unter dem Namen „Trunkfälligkeit" zusammengefasst werden könnte. Die letztere Bezeichnung rührte von *Clarus* her, der sie in seinen 1828 erschienenen Beiträgen zur Erkenntniss und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände eingeführt hat. In den Fällen, dass ein Gewohnheitstrinker ein Reat verübt, ist die strafrechtliche Verantwortlichkeit, die Zurechnungsmöglichkeit, immer gegeben, wenn nicht ein bewusstloser Rausch oder ein pathologischer Alkoholzustand im Sinne des § 51 RStGb. vorhanden ist. Allein die allgemeine Bezeichnung, die Dr. *Magnus Huss* mit dem Alcoholismus chronicus, der Trunksucht, gegeben hat, passt auch auf die Fälle des gewohnheitsmässigen Trinkens eben wegen des auch hier nach der Nürnberger Resolution von 1877 vorhandenen pathologischen Elementes, das auch in rechtspolizeilicher Beziehung seine Wirkungen äussert.

Die Beurtheilung weiter, ob einem Gelegenheitstrinker trotz vorhandener Trunkenheit ein Delict zuzurechnen sei oder nicht, bestimmt sich ebenfalls nach den bereits entwickelten Regeln. Wo bewusstloser Rausch

Digitized by Google

oder ein pathologischer Alkoholzustand im Sinne des § 51 RStGb. vorliegt, ist die Zurechnungsmöglichkeit ausgeschlossen. Nur muss man dabei wohl in Betracht ziehen, dass bewusstloser Rausch da nicht anzunehmen ist, wo der Entschluss zur Verübung des Delictes in nüchternem oder angetrunkenem Zustande gefasst, der Thäter sich dann absichtlich zur Begehung des Delictes betrunken und sodann sein Vorhaben planvoll ausgeführt hat. Denn in derartigen Fällen fehlt, wenn es sich um actives Handeln dreht, keineswegs nachher die Erinnerung. Dies lehrt die allgemeine Erfahrung und der Generalstaatsanwalt *v. Schwarze* hat es auch aus einer reichen Praxis heraus noch speciell bezeugt. Handelt es sich aber um ein strafbares Unterlassen im Rauschzustande, wie bei dem oft citirten Falle des Bahnwärters, der sich betrinkt, um die Weiche nicht richtig zu stellen und dadurch den Bahnzug zum Entgleisen zu bringen, so hat in solchem Falle die schuldhafte Pflichtversäumniss bereits im nüchternen Zustande begonnen, was für die volle Zurechnung genügt.

Kann nun aber wegen bewusstlosen Rausches im Einzelfalle keine Zurechnung wegen des Delictes selbst (z. B. der Körperverletzung, des Todschlages) eintreten, so liegt doch in der grösseren Möglichkeit der Begehung eines Delictes im trunkenen Zustande objectiv eine grosse Gefahr für die Allgemeinheit. Es kann nun kein Mensch wissen, wie er sich in einem hochgradigen Rausche benimmt, ob er (oftmals gutmüthig) nicht auch einmal gewaltthätig gegen Andere wird. Das ist eine so allgemeine Erfahrung, dass ihre Beachtung auch von einem geistig beschränkten Individuum verlangt werden kann. Die Ausserachtlassung also dieser durch die Erfahrung gebotenen Vorsicht, die in dem Sichbetrinken auf die Gefahr hin, ein Delict zu verüben, liegt, stempelt dieses Sichbetrinken, wenn der Erfolg der Begehung des Delictes eingetreten ist, zu einem Delictum sui generis, zu einem selbständigen Fahrlässigkeitsreate. Die Fahrlässigkeit liegt in der Entziehung der Möglichkeit der Ueberlegung. Der Erfolg war im Allgemeinen als möglich sich zu vergegenwärtigen. Dass der Thäter den eingetretenen speciellen Erfolg selbst als möglich auch wirklich vorausgesehen habe, ist nicht nöthig. Es genügt, dass der Erfolg nicht unwahrscheinlich gewesen und dass der Thäter bei einiger Aufmerksamkeit sich dieser Eigenschaft seiner Handlung bewusst hätte sein können. Es ist eine Lücke in dem neuen Trunksuchtsgesetzentwurfe, dass es an einer Strafbestimmung hierüber fehlt. Insbesondere darf die Rücksichtnahme auf eine etwaige unrichtige Anwendung in der Praxis, insbesondere in der ersten Zeit, nicht davon abhalten, eine desfallsige Gesetzesbestimmung zu treffen.

Was nun weiter den Einfluss der verschiedenen Abstufungen der Angetrunkenheit auf die Zurechnung wegen eines Reates betrifft, so können diese selbstverständlich die Zurechnung selbst nicht ausschliessen. Sie, für sich allein betrachtet, sollten auch keine mildernden Umstände darstellen. Allein für eine gesetzliche Bestimmung, die dem hemmend in

den Weg träte, kommt doch in Betracht, dass die Angetrunkenheit doch selbst oft durch constitutionelle, prädisponirende Momente bedingt, dass andere Factoren der Leidenschaft mit ihr, für den Richter untrennbar, zusammenfliessen, die nicht zu beachten ungerecht wäre. Man muss also hier auf eine richtige Handhabung des Gesetzes in der Praxis mehr Gewicht legen. Die Gesetzesbestimmung, die decretirte: Angetrunkenheit ist kein mildernder Umstand, würde in manchen Fällen zu unzweifelhaften Härten führen.

Die richtige Erziehung der Practiker sollte allerdings schon auf der Universität anheben. In einer andern Beziehung hat das Gesetz eine erzieherische Aufgabe, die auf das ganze Volk berechnet ist und die der Gesetzentwurf endlich auch für Deutschland zu lösen unternimmt. Es muss dem gesammten Volke klar gemacht werden, dass Saufen kein Unrecht eines guten Deutschen ist. Die in die Oeffentlichkeit getretene Trunkenheit wird unter Strafe gestellt. Wie nicht vom Standpunkt der Wirthe, so kann das Gesetz nicht vom Gesichtspunkte der Trinker aus betrachtet werden. Die allgemeinen hygienischen und ethischen Interessen entscheiden. Es soll nicht ein Zustand bestraft werden, sondern die dem Trinker zuzurechnende Handlung des Sichbetrinkens und des Sichsobegebens und -aufhaltens in der Oeffentlichkeit. Allerdings stehen andere gleich wichtige Interessen entgegen, dass das Sichbetrinken innerhalb der Wände des Hauses unter Strafe zu ziehen wäre. Wohl aber ist das Gesetz so zu fassen, dass die Trunkenheit, die im Hause durch nach Aussen dringenden Lärm sich bemerkbar macht, auch strafbar ist. Allerdings empfiehlt sich in mehrfacher Beziehung eine andere Fassung des § 18 des Entwurfes. Statt der Forderung des: „ärgernisserregend" muss zum mindesten: „zur Aergerniss geeignet" stehen. Es ist nicht zu erwarten, dass schon sofort an der öffentlichen Trunkenheit allgemein das Aergerniss wirklich genommen wird, was ernsthafter Weise zu nehmen ist. Denn ist an Stelle des „selbstverschuldet", das dem Wortlaut, wenn auch nicht dem Sinne nach, mehr auf das dolose Handeln geht, besser das weitere, das Fahrlässige besser mitumfassende: „nicht unverschuldet" zu setzen. Auch wäre es richtiger, statt des kautschukartigen: „ärgernisserregend" direct zu sagen: „gegen öffentliche Sitte und Anstand verstossend".

Dass § 16 das Betrunkenmachen jugendlicher Personen unter 16 Jahren mit Strafe bedroht, ist zu begrüssen. Es wird hier unter Umständen die den Thatbestand der Körperverletzung erfüllende Gesundheitsbeschädigung mit zusammentreffen. Allein auch das absichtliche Betrunkenmachen Erwachsener in der Voraussicht, dass sie sich in diesem Zustand auf die Strasse begeben, sollte unter Strafe gestellt werden. Nicht immer ist es möglich, derartige angebliche Wirthshausscherze nach dem Nahrungsmittelgesetz oder den Bestimmungen über durch lebensgefährliche Behandlung verübte Körperverletzungen zu ahnden.

Digitized by Google

Auch das in § 18 gewählte Strafensystem bedarf der Abänderung. Es muss dem ärmeren Manne die Möglichkeit gewährt werden, die Geldstrafe abzuzahlen, und es muss vermieden werden, dass er wegen seiner Armuth die stellvertretende Haftstrafe zu erstehen hat, während sie den Wohlhabenderen nicht trifft. In leichteren erstmaligen Fällen genügt Verweis. Bei schwereren Fällen, z. B. Sichaufhalten in Kirchen und anderen öffentlichen Gebäuden in trunkenem Zustande, muss Zuerkennung von Zwangsarbeit möglich sein. Hieraus erhellt auch, dass § 360 Ziff. 11 RStGb. (groben Unfug betr.) nicht genügt.

Bedenken erregt sodann der zweite Absatz des § 18: „Ist der Beschuldigte dem Trunke gewohnheitsmässig ergeben, so tritt Haft ein". Ganz abgesehen davon, dass dies für die allerleichteste erstmalige Verübung ebenfalls zu gelten hat, was sich indessen aus dem Gesichtspunkte der Abschreckung noch rechtfertigen liesse, so erscheint die Bestimmung sowohl verfehlt als auch bedenklich. Das schwerere Verletzen der Rechtsordnung durch den Rückfall kommt nicht zur Geltung. Der Rückfall setzt eine Verübung trotz vorausgegangener Strafe voraus; der Gewohnheitstrinker braucht als solcher nicht vorbestraft zu sein. Bei mehrmaligem Rückfall sollte Strafverschärfung durch Hungerkost eintreten, Entziehung der bürgerlichen und politischen, insbesondere des activen und passiven Wahlrechts etwa auf die Dauer von 2 Jahren; es sollte dann dem Vormundschaftsrichter das Recht der Zwangserziehung der Kinder auch gegen den Willen des mehrfach rückfälligen Trinkers eingeräumt werden. Ist dagegen das dem Trunke gewohnheitsmässig Ergebensein das entscheidende Moment, so ist die Haftstrafe dann ohne Unterschied angedroht, ob eine krankhafte geistige Beschaffenheit des Gewohnheitstrinkers nur in ganz leichtem Maasse oder in einem so erheblichen Grade vorhanden ist, der an Geistesgestörtheit streift, vielleicht bereits in sie übergegangen ist.

Man wird überhaupt darauf Bedacht zu nehmen haben, dass die Behandlung dieser Fälle in der Praxis keine allzusummarische ist. Es ist m. E. nöthig, Garantien zu schaffen, dass nicht Geisteskranke und zurechnungsfähige Trunkenbolde nach gleichem Maasse gemessen werden. Sie haben sich allerdings wohl bereits auf die Regelung des Universitätsstudiums zu erstrecken. Die alte Forderung, dass, um das Studium der gerichtlichen Medicin zu heben, ihre Anwendung in der Praxis zu einer erspriesslichen zu gestalten, diese unter die obligatorischen Prüfungsgegenstände aufzunehmen sein sollte, erhält hier einen neuen gewichtigen Grund, sie soll ja auch der Verwirklichung nahe sein. Dann kann auch darauf gerechnet werden, genügend vorbereitete Sachverständige in den Bezirksstaatsärzten zu haben. Diesen wären dann besoldete Assistenzärzte beizuordnen, denen es ausser Berücksichtigung anderer hygienischer Aufgaben auch obläge, spät Abends und früh Morgens eine Visitation der Lokale vorzunehmen, in denen Trunkene polizeilich sistirt wurden, worauf sie

gegebenenfalls dem Bezirksarzte das Material zu den erforderlichen Anträgen an die zuständigen Behörden zu unterbreiten hätten. Jeder um eine Staatsarztstelle Competirende hätte den Nachweis zu erbringen, dass er sich mindestens einen Monat lang bei einem Bezirksarzt besoldet oder freiwillig in einer solchen Stelle aufgehalten. Für Landorte wäre mit practischen Aerzten, insbesondere Kassenärzten da, wo ein Bedürfniss vorliegt, Vereinbarung zu treffen.

In allen Fällen nun, die das Bezirksamt oder das Schöffengericht beschäftigen, in denen Trunkenheit in Betracht kommt, sollten die Acten vor der Entscheidung oder vor der Eröffnung des Hauptverfahrens dem Bezirksarzte, bei Beschlusskammersachen dem Medicinalreferenten zur Begutachtung vorgelegt werden, ob ein Fall des § 51 RStGb. oder von Alcoholismus chronicus vorliege. Ueber die Erkennung von deren Symptomen wären die unteren Executivorgane soweit möglich zu belehren. Bei Vorhandensein einer der Voraussetzungen des § 51 RStGb. hätte Einstellung des Verfahrens zu erfolgen. Handelt es sich nur um einen Gewohnheitstrinker, auf dessen Zustand § 51 RStGb. keine Anwendung findet, so muss Verurtheilung eintreten. Es frägt sich aber, was dann? Soviel ist sicher, dass er bei Verneinung des Vorhandenseins des § 51 RStGb. nicht nach erstandener Strafe in die Irrenanstalt gebracht werden kann. Ebensowenig kann auf die Zulässigkeit der correctionellen Nachhaft (Verbringung in ein Arbeitshaus) gerichtlich erkannt werden, da es durch die Erfahrung feststeht, dass durch Arbeitszwang der Trinkerhang nicht gebrochen wird.

Dagegen ist es wohl zulässig, einen Gewohnheitstrinker auf die Dauer von zwei Jahren in ein Trinkerasyl zu verbringen; nur darf dies nicht durch gerichtliches Urtheil ausgesprochen werden. Es genügt, wenn die Thatsache, dass es sich in dem gegebenen Falle um einen Gewohnheitstrinker handelt, in den Entscheidungsgründen des Urtheiles festgestellt wird. Die Acten wären dann der Staatsbehörde zu übermitteln, die die Vorlage an die Landespolizeibehörde behufs Bewirkung der Verbringung des Gewohnheitstrinkers in das Trinkerasyl zu vermitteln hätte. Denn der Zweck der Verbringung in das Trinkerasyl ist der der Heilung, es ist darin keine Ahndung des Bruches der öffentlichen Rechtsordnung enthalten. Beide Maassregeln sind durchaus unabhängig von einander und selbständiger Art. Die Verbringung in das Trinkerasyl kann also nicht im Wege der Nebenstrafe ausgesprochen werden. Das Recht aber des Staates, den Trunkenbold in ein Trinkerasyl zu verbringen, ist unzweifelhaft sowohl im Falle der Erregung öffentlichen Aergernisses, als des zur Lastfallens der öffentlichen Unterstützung durch Vermittelung der Behörde gegeben. Die Gesellschaft hat ein Recht auf öffentlichen Anstand, bei dessen Verletzung in Folge sittlicher Schwäche Heilungsmaassregeln ergriffen werden können. Die Gesellschaft kann aber weiter verlangen, dass Jeder der Pflicht genüge, sich und seine Familie selbst zu erhalten, wenn er es durch

Digitized by Google

seine Arbeit kann. Es ist dies die Kehrseite der durch die sociale Gesetzgebung eingeräumten öffentlich rechtlichen Befugniss. Kommt einer wegen Hangs zum Trinken dieser Pflicht nicht nach, so muss er im eigenen Interesse der Gesellschaft wieder gezwungen werden können, ein arbeitsames Glied derselben zu werden. Derselbe Gedanke der Nothwendigkeit der Verbringung in ein Trinkerasyl schlägt aber bei allen durch einen Gewohnheitstrinker verübten Vergehen oder Verbrechen durch.

Die Erbauung von Trinkerasylen wird man zunächst nicht dem Staate oder einem grösseren oder kleineren Selbstverwaltungskörper auferlegen. Die private Thätigkeit reicht hier aus, wenn sie in einem je nach dem Landestheile dem Bedürfnisse entsprechenden Maasse durch Zuschuss öffentlicher Mittel unterstützt wird. Dass die Behandlung der Trunkenbolde in den Trinkerasylen eine strengere sein muss, als wie sie im Allgemeinen in den englischen und amerikanischen Asylen ist, bedarf keiner Begründung. Wegen der in Betracht kommenden pathologischen Momente kann nur ein approbirter Arzt Leiter eines solchen Asyls sein, das Statut eines solchen muss durch die Regierung geregelt werden, die Erlaubnissertheilung ist ihr vorzubehalten; sie hat jährliche Visitationen anzuordnen. Des Weiteren wäre dem Reichsgesundheitsamte die Befugniss einzuräumen, durch ärztliche und bautechnische Commissäre den Bau, die Verwaltung, Beschäftigung der Insassen periodischen Prüfungen zu unterziehen. Das Statut der Anstalt und die für die Statistik erforderlichen Materialien wären, letztere jährlich, ebenfalls dem Reichsgesundheitsamte einzureichen.

Die Verbringung von Gewohnheitstrinkern in Trinkerasyle auf die Dauer von 2 Jahren muss dann aber auch weiter zulässig sein, wenn der Gewohnheitstrinker auch nicht mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen ist. Zur nöthigen Sicherung vor Missgriffen muss jedoch in diesem Falle die Entmündigung des Gewohnheitstrinkers verlangt werden. Sie muss aber eintreten können von dem Augenblicke an, dass in Folge des Hanges zum Trinken (wenn dagegen dieser Hang Symptom einer Psychose ist, so gehört der Kranke in die Irrenanstalt) eine derartige sittliche Schwäche bei dem Trunkenbold vorhanden ist, dass er diesem Hange nicht mehr zu widerstehen vermag und dann in der Trunkenheit sich oder Anderen, insbesondere seinen Familienangehörigen gefährlich wird. Es ist also weder das Vorhandensein einer ausgesprochenen Psychose (deren Folge die Entmündigung wegen Geisteskrankheit ist) erforderlich, noch genügt dem Bedürfnisse die Möglichkeit der Verbeiständung, eventuell Entmündigung wegen Verschwendung. Die letztere setzt in der Praxis immer das Vorhandensein von Vermögen voraus. Wenn sie allein gegeben wäre, blieben alle die schweren Fälle unberücksichtigt, in denen der Trinker das sittliche Wohl seiner Angehörigen, insbesondere die Erziehung seiner Kinder gefährdet. Der Schutz der familienrechtlichen Interessen erheischt die Ermöglichung der Entmündigung des Gewohnheitstrinkers. Dieser entzieht sich den Pflichten, die er dem Staate, der Gemeinde, seinen

Digitized by Google

Angehörigen schuldet, sein geistiger Zustand enthält eine Beschränkung seiner rechtlichen Verfügungsbefugniss. Hier muss also der Staat eingreifen.

Die Feststellung, dass nach den vorhandenen Merkmalen ein solcher gemeingefährlicher Zustand eingetreten, ist Sache des Vormundschaftsrichters. Das im Entwurfe in Aussicht genommene Verfahren ist das der Civilprozessordnung. Nur muss die Zuziehung ärztlicher Sachverständiger als obligatorisch gefordert werden. Hier würde es sich nun empfehlen, neben der Staatsbehörde auch den Vormundschaftsrichter zu selbständigem Vorgehen zu autorisiren und Notare, Bürgermeister, Waisenrichter und Gerichtsvollzieher zu verpflichten, ihre Wahrnehmungen dem Vormundschaftsrichter mitzutheilen, also an Stelle des Antragsprincips das Officialprincip zu setzen. An die Entmündigung ist das Ruhen der Erziehungsrechte zu knüpfen, während die Nutzniessung dem Vormund für den Entmündigten verbleibt. Ebenso tritt das Recht des Vormundschaftsrichters zur Zwangserziehung der Kinder ein. Dem Entmündigten muss während der Zeit der Entmündigung die Ausübung politischer Rechte entzogen bleiben.

Man hat das durch die Civilprozessordnung geregelte Verfahren als schleppend angegriffen. Nun, das Verfahren vor dem Landgericht ist allerdings ungeeignet geordnet und muss aus der Prozessschablone herausgeschält werden, das vor dem Amtsgerichte wird aber, richtig gehandhabt, an sich, abgesehen von dem Antragsprincip, den zu stellenden Anforderungen entsprechen. Jedenfalls ist die jetzige durch die Reichstags-Commission herbeigeführte Regelung gegenüber dem ursprünglichen Gesetzentwurf als ein unzweifelhafter Fortschritt zu bezeichnen.

Aus dem bisher Gesagten erhellt, dass die rechtliche Verantwortlichkeit eines Gewohnheitstrinkers nicht blos auf strafrechtlichem oder rechtspolizeilichem Gebiete sich zeigt, dass sie sich vielmehr auf das ganze weite civilrechtliche Gebiet mit erstreckt. Der Gesetzentwurf enthält ein Eingehen darauf in der dem galizischen Gesetze nachgebildeten Bestimmung, dass Trinkschulden auf Borg nicht klagbar sind. Weiter ist dann noch bestimmt, dass der wegen Trunksucht Entmündigte trotzdem ein Testament machen könne, während er im Uebrigen einen Minderjährigen gleich zu achten sei. Richtiger wäre dem wegen Trunksucht Entmündigten die Testirfähigkeit zu entziehen.

Auf die weiteren Beziehungen der Trunksucht zu dem civilrechtlichen Gebiete kann nun hier nur im Fluge eingegangen werden. Es sollte auch, wenn die Entmündigung eines Gewohnheitstrinkers noch nicht ausgesprochen ist, bestimmten Personen und der Staatsbehörde das Recht der Einsprache gegen ein Ehevorhaben des Gewohnheitstrinkers eingeräumt werden, während Gewohnheitstrinken an sich nicht als Ehescheidungsgrund zu gelten hätte. Es sollte in allen Fällen, in denen ein Gewohnheitstrinker einen ihm schädlichen Vertrag abschliesst, seinem nachmals bestellten Vormunde das Recht eingeräumt werden, den Vertrag unter Rückgabe des

Digitized by Google

durch ihn Erlangten oder seines Werthes aufzulösen, wenn der andere Contrahent von dem Zustande seines Gegenpartes als Gewohnheitstrinker Kenntniss hatte. Das Reichsgericht hält den Standpunkt fest, dass bei Verträgen Trunkenheit nur dann zu beachten ist, wenn sie die Einwilligung ausschliesse. Man wird dagegen wohl sagen dürfen, dass, wenn durch das gewohnheitsmässige Trinken die Willenskraft so geschwächt ist, dass der Trinker dem Einflusse der Ueberredung oder sonstigen Impulsen in erhöhtem Grade leichter zugänglich ist, es ein Unrecht des Vertragsgegners ist, unter Benutzung dieses Zustandes einen Vortheil zu erlangen, und dass es daher nicht allein auf die abgegebene Einwilligung, sondern auch auf die Art, wie sie herbeigeführt wurde, ankommt. Vielleicht könnte auch hier von Bedeutung werden, ob ein Zusammenhang einer Psychose mit dem Vertragswillen gegeben ist oder nicht, da die civilrechtlichen Verhältnisse nicht die ganze Persönlichkeit in Anspruch nehmen. Hier kann der Satz des alten Rechtes: „Wer närrisch kauft, muss weislich bezahlen" nicht mehr auf Geltung Anspruch machen. Es kommt eben bei Verträgen auch auf die Handlungsweise der andern Vertragsperson an. Anders bei der einseitigen Handlungsweise eines Gewohnheitstrinkers, durch die er Andern einen Schaden zufügt. In dieser Hinsicht sind die im deutschen Volke lebenden Rechtsanschauungen durch die romanistische Doctrin bis auf den heutigen Tag nicht unterdrückt worden. Sie haben sich unter anderen im Preussischen Landrechte wie in der neueren Volkswirthschaftslehre Geltung verschafft.

Es ist ja auch viel natürlicher, dass der das Unglück tragen muss, in dessen Person es sich ereignet, als der dadurch Betroffene, einerlei ob den Schädigenden eine Schuld trifft oder nicht. Denn bei dem Schadenersatze handelt es sich lediglich um eine Reparationsverbindlichkeit, nicht um eine Strafe. Der Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches macht in § 708 nur diejenigen Personen unter den, wie er sich ausdrückt, des Vernunftgebrauchs Beraubten für den Schaden verantwortlich, bei denen der Vernunftgebrauch durch selbstverschuldete Betrunkenheit ausgeschlossen war. Man wird als grundlegende Bestimmung aber eine solche, insbesondere hinsichtlich des Gewohnheitstrinkers fordern müssen, die auf dem deutschen objectiven sogenannten Veranlassungsprincipe und nicht auf dem romanistischen subjectiven Schuldprincipe beruht. Bei dem Geisteskranken muss dann wenigstens ein Abwägen der Tragung des Schadens nach der einen wie nach der andern Seite stattfinden können.

In Zusammenfassung des Gesagten gelange ich zu folgenden Vorschlägen:

1. Eine in der Trunksucht sich äussernde Psychose und eine mit Bewusstseinsstörung verbundene Trunkenheit schliesst die Zurechnungsmöglichkeit aus.
2. Gewohnheitsmässiges Trinken schliesst an sich die Strafe nicht aus.
3. Die Angetrunkenheit geringeren oder stärkeren Grades bildet

Digitized by Google

keinen mildernden Umstand; dagegen verdienen in ihr sich äussernde constitutionelle oder prädisponirende Momente Berücksichtigung.

4. Die in dem Reichsgesetzentwurfe gegebene Möglichkeit der Verbringung eines Gewohnheitstrinkers in ein Trinkerasyl, seiner Entmündigung und die Einführung einer auf öffentliche Trunkenheit bezüglichen Strafbestimmung sind zu begrüssen.

5. Die Möglichkeit der Verbringung in ein Trinkerasyl ist nicht als Nebenstrafe durch richterliches Erkenntniss auszusprechen; dagegen ist die Thatsache, dass es sich um einen Gewohnheitstrinker handelt, in den Entscheidungsgründen festzustellen. Das Weitere hat die Staatsbehörde zu veranlassen. Die Möglichkeit der Verbringung ist aber bei allen Verurtheilungen wegen Vergehen und Verbrechen von Gewohnheitstrinkern zuzulassen.

6. In das Gesetz ist eine Bestimmung aufzunehmen, die fahrlässiges Sichversetzen in Trunkenheit, in der ein Reat verübt wird, unter Strafe stellt.

7. An die Stelle der gegen Gewohnheitstrinker gedrohten Haftstrafe sollten Bestimmungen gegen Rückfällige treten.

8. Trinkerasyle sind nur nach einem regierungsseitig genehmigten Statute zu errichten, nur von einem approbirten Arzte zu leiten und jährlichen Prüfungen zu unterziehen. Dem Reichsgesundheitsamte ist das Recht periodischer Prüfungen einzuräumen und es sind an dieses neben dem Statute des Asyls auch jährlich die statistischen Erhebungen einzureichen.

9. Im Entmündigungsverfahren müssen obligatorisch Aerzte als Sachverständige beigezogen werden.

Discussion. *Baer*-Berlin: Nicht nach der Zahl der auf der Strasse anzutreffenden Trunkenen dürfe man die Ausdehnung des Alcoholismus beurtheilen, sondern nach der Zahl derer, welche durch gewohnheitsmässigen Alkoholmissbrauch körperlich und geistig erkranken, welche unter dem Einfluss des Alkohols an ihrer sittlichen Individualität Schaden leiden, zu Verbrechern werden. Die Trunksucht ist ein degenerirendes und antisociales Moment; Staat und Gesellschaft haben die Pflicht und das Recht, dieser Schädigung des Gemeinwohles mit allen Mitteln der Präventive und der Repression entgegen zu treten. Der vorliegende Gesetzentwurf habe den grossen Vorzug, dass er nicht, wie vielfach in andern Ländern, ein einziges Mittel in Anwendung bringt, sondern gleichzeitig eine Reihe von wirksamen Maassnahmen.

Der Verein deutscher Irrenärzte habe das grosse Verdienst, seit vielen Jahren immer von Neuem darauf hingewiesen zu haben, wie sehr der Alkoholmissbrauch die Entstehung und die Zunahme der Geistesstörung begünstigt, und wie dringend eine Abhülfe nothwendig sei. Der Verein müsse daher den Gesetzentwurf mit grosser Sympathie und Genugthuung

Digitized by Google

begrüssen, weil er ganz eminent gegen die Zunahme des Irreseins prophylaktisch zu wirken geeignet sei. Von grosser Wirksamkeit würde sich die Entmündigung der Gewohnheitstrinker erweisen, jedoch sei es unbedingt geboten, dass bei dem anzustellenden Verfahren das Urtheil ärztlicher Sachverständiger gehört werde. Nicht minder unerlässlich sei, dass die Trinkerheilanstalt der ärztlichen Leitung unterstellt und staatlich beaufsichtigt werde.

Zinn sen.-Eberswalde: So dankenswerth und belehrend die Ausführungen des Herrn Correferenten auch waren, so kann ich die Annahme der von ihm vorgeschlagenen Thesen doch nicht empfehlen. Unser Verein muss sich, wie das der Herr Referent gethan, auf die Verhandlung und Beschlussfassung über die Punkte des Entwurfs beschränken, welche auf ärztlichem Gebiete liegen. Ueber alle anderen Bestimmungen des Enwurfs, so namentlich auch über § 18, Absatz 1: „Bestrafung der öffentliches Aergerniss erregenden Trunkenheit", muss der Verein sich jeden Urtheils enthalten. Wenn der Correferent das Reichsgesundheitsamt mit der Aufsicht über die Trinkerheilanstalten beauftragen will, so steht leider dem Reichsgesundheitsamt eine solche Befugniss nicht zu, und ist ein dahin gerichtetes Bestreben zur Zeit sicher aussichtslos. Es genügt, wenn wir mit dem Referenten, dessen Thesen ich zur Annahme empfehle, sagen: „Es sind Trinkerheilanstalten vom Staate zu errichten; dieselben sind unter ärztliche Leitung zu stellen und staatlich zu beaufsichtigen".

Der Regierungsrath des Cantons St. Gallen hat dem grossen Rath den Entwurf eines Gesetzes vorgelegt, welcher den gleichen Zweck verfolgt, wie der Gesetzentwurf unserer Reichsregierung. Der St. Galler Entwurf[1]) sieht von jeder Bestrafung des Trinkers oder der Trunksucht vollständig ab; er gewährt die Möglichkeit, „Gewohnheitstrinker, bei welchen durch ein amtsärztliches Gutachten eine erhebliche Willensschwäche in Folge des übermässigen Genusses alkoholischer Getränke nachgewiesen ist, in einer Trinkerheilanstalt unterzubringen und unter Vormundschaft zu stellen". Der Gesetzentwurf behandelt den Trunkenbold „weder als Lump noch als Verbrecher, sondern als Kranken, der erwiesener Maassen sich selber nicht mehr helfen kann, aber noch zu retten ist". Der Berichterstatter der grossräthlichen Commission Dr. *Sonderegger* sagt ferner: „Lächerlich — wenn sie nicht gar zu traurig wäre — ist die correctionelle Bestrafung der Trunkenheit. Bei ausnahmsweisen Fällen ist sie nicht nöthig und bei Gewohnheitstrinkern widersinnig, weil diese eben zu allermeist ihre moralische Kraft eingebüsst haben. Man könnte eben so gut Epileptische für ihre Anfälle strafen". In der That, glaube ich, können wir vom ärztlichen Standpunkt aus nur verlangen, dass die Möglichkeit gegeben wird, den

[1]) Der St. Galler Entwurf ist inzwischen angenommen worden und in Kraft getreten. *Zinn* sen.

Gewohnheitstrinker zu entmündigen und auch gegen seinen Willen in einer Trinkerheilanstalt unterzubringen.

(Schluss der Verhandlungen des 1. Tages.)

2. Sitzung am 19. September.

Im Beginn der Sitzung werden die dem Statute nach austretenden Vorstandsmitglieder *Grashey* und *Schüle* per Acclamation wieder, an Stelle *Westphal's Jolly* gewählt.

Fortsetzung der Discussion über die Trunksuchtsfrage.

Mendel-Berlin: Mit den aufgestellten Thesen des Herrn *Jolly* stimme ich völlig überein und bitte ich dieselben möglichst einstimmig anzunehmen. In Bezug auf die schweren Schäden, welche der Alkohol unter unserem Volke anrichtet, besteht unter uns keine Meinungsverschiedenheit und jedes irgendwie verständige Mittel soll uns recht sein, wenn es in der That geeignet ist, wenn auch nur ein wenig die Schäden zu mildern. Es ist hier wiederholt behauptet worden, dass die Erhöhung der Spiritussteuer, wie man auch seiner Zeit zur Vertheidigung derselben angeführt hat, schon eine Herabminderung des Alcoholismus hervorgerufen hat, und glaubt dies statistisch beweisen zu können. Ich gebe auf diese Statistik nicht allzuviel, und sie erscheint mir für die vorliegende Frage um so weniger beweiskräftig, als die angeblichen Erfolge unmittelbar nach der Vertheuerung eingetreten sind. Der Alcoholismus chronicus, um den es sich handelt, ist aber eine Krankheit, welche zu ihrer Entwickelung Jahre braucht, und wäre man im Stande, augenblicklich den gesammten Consum von Spiritus zu verhindern, so würden doch noch Jahre lang die Alkoholisten existiren. Ich kann zwar nicht das Gegentheil statistisch beweisen, dass nämlich trotz der Vertheuerung des Branntweins der Alcoholismus nicht abgenommen habe, aber doch muss ich sagen, dass mir, abgesehen von dem Delirium tremens, die alkoholistischen Nervenkrankheiten eher zu als abgenommen zu haben scheinen.

Es ist nun ein Gesetzentwurf, entgegen den Anschauungen des Herrn Referenten, die Bestrafung des Gewohnheitstrinkers verlangt worden. Ich habe hier eine kleine Schrift von dem Professor der Psychiatrie Dr. *Kowalewski* in Charkow, in's französische übersetzt von *Woldemar de Holstein* 1889: „Ueber Trunksucht, ihre Ursachen und ihre Behandlung". Man wird, bei der Stellung des Verfassers und seinem Wohnsitz, an der Competenz, hier mitzusprechen, nicht zweifeln können. Hören Sie, was er sagt (ich übersetze es gleich in's Deutsche) (p. 7) „Bei uns in Russland wird die Trunksucht als ein Laster betrachtet: sie wird bestraft, aber die Bestrafung, weit entfernt den Trunksüchtigen zu bessern, verschlimmert nur seine schreckliche Krankheit." Ferner pag. 6: „Das russische Gesetz betrachtet den Zustand der Trunkenheit als eine erschwerende Bedingung für den Verbrecher, während in der Praxis unserer Tribunale wir täglich der Freisprechung der Angeklagten, welche eine verbrecherische Handlung im Zustande der

Digitized by Google

Trunkenheit begangen, beiwohnen, und ich habe nie Fälle gesehen, in denen eine solche Freisprechung ungerecht war." Pag. 100: „Der eingesperrte Trunksüchtige unterliegt dem Einfluss einer schlechten Ernährung, schlechten hygienischen und moralischen Bedingungen, sein neurasthenischer Zustand verschlimmert sich beträchtlich, sein Organismus wird geschwächt und seine Moralität geht völlig zu Grunde. Aus dem Gefängniss herauskommend, bleibt der Trunksüchtige nicht allein trunksüchtig, sondern er wird dazu noch ein Verbrecher." Dies sind die Beobachtungen eines wohlerfahrenen Mannes, welcher hofft (pag. 6.), dass mit den Fortschritten der Civilisation und der Wissenschaft die gesetzlichen Bestimmungen geändert, d. h. auf einen Zustand zurückgeführt werden würden, welcher in den meisten europäischen Ländern besteht. So Russland! Und wir, wir sollten russische Gesetze einführen wollen? In Amerika, wo ja eine starke Bewegung zur Bekämpfung der Trunksucht besteht, sagt einer der würdigsten Vorkämpfer, *Crothers*: „die gesetzliche Bestrafung der Trunkenheit, d. h. durch Gefängniss, vermehrt nicht nur den Alcoholismus, sondern macht das Opfer unheilbar". *Lucy Höll* sagt, dass jede Einschiffung, welche die gefangenen Trunksüchtigen hin- und zurückführt (das Gefängniss befindet sich auf einer Insel) ein Vorwurf für die Gesellschaft sei, welche bewusst den Verlust eines menschlichen Wesens verursacht.

Ueber die Nothwendigkeit, die Gewohnheitstrinker zu entmündigen, habe ich mich bereits bei unserer Versammlung in Bonn ausgesprochen, und wenn dies noch vor Einführung des neuen bürgerlichen Gesetzbuches erleichtert wird, so würden wir dafür nur dankbar sein. Mit Recht endlich hat Herr *Jolly* darauf aufmerksam gemacht, dass die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen bei dem Verfahren nothwendig erscheint. Grade in Alkoholfragen dünkt sich der Richter häufig allein schon genügend ohne Sachverständigen. So sieht man bei der Frage, ob im concreten Falle die Bewusstlosigkeit des § 51 in Folge von Trunkenheit bei einer strafbaren Handlung vorhanden war, das Verfahren oft derart sich gestalten, dass der Richter durch Zeugen feststellt, wieviel der Angeschuldigte *getrunken*, und daraus seine Schlüsse zieht. Endlich möchte ich aber noch darauf aufmerksam machen, welche Inconsequenz darin liegt, dass man auf der einen Seite den Gewohnheitstrinker strafrechtlich verfolgt, gleichzeitig ihn aber civilrechtlich entmündigt. Er ist auf der einen Seite dispositionsunfähig, auf der andern zurechnungsfähig.

Wernicke-Breslau bestreitet die Ausführungen *Mendel's* durch die Mittheilung, dass in der städtischen Irrenanstalt und psychiatrischen Klinik zu Breslau die Anzahl der Deliranten in dem Jahre nach Inkrafttreten des Branntweinsteuergesetzes um mehr als die Hälfte zurückgegangen ist.

Oebeke-Bonn hebt hervor, dass es in manchen Fällen von Wichtigkeit sei, Trunksüchtige in eine geeignete Anstalt unterzubringen, ehe die Interdiction über sie verhängt sei, und wünscht deshalb die Offenhaltung dieser Möglichkeit im Gesetzentwurf unter besonderen Vorsichtsmaassregeln.

Digitized by Google

Ausserdem schlägt er vor, statt Trinkerheilstätten „Trinkerasyle" zu sagen. Er weist darauf hin, dass nur ausnahmsweise Heilungen von chronischen Trunksüchtigen vorkommen wie Jeder, der eine reichere Erfahrung in diesen Dingen besitze, zugeben werde. Die grosse Anzahl von Heilungen in den jetzigen Trinkerasylen beruhe auf Täuschung und auf der Unmöglichkeit, das weitere Schicksal der meisten entlassenen Trinker zu verfolgen. Man solle daher durch den Namen „Trinkerheilstätten" keine unerfüllbaren Hoffnungen erwecken.

Zinn sen.-Eberswalde: Entgegen dem Herrn *Oebeke* kann ich nicht empfehlen, auch noch das Verlangen auszusprechen nach einer Bestimmung, die es ermöglicht, den Gewohnheitstrinker in eine Trinkerheilanstalt zu bringen, bevor er entmündigt ist. Ueberlassen wir die Entscheidung darüber den gesetzgebenden Factoren. Wohl aber müssen wir verlangen, dass bei der Entmündigung von Gewohnheitstrinkern nicht das für Verschwender gültige Verfahren, sondern das für Geisteskranke geltende Verfahren zur Anwendung kommt, und dass wie bei diesem Aerzte als Sachverständige zu hören sind.

Will der Anregung des Herrn *Baer* Folge gegeben werden, so muss die Einleitung zur Resolution doch so gefasst werden, dass kein Zweifel darüber bestehen kann, dass der Verein zu allen Bestimmungen des Entwurfs, welche in der Resolution nicht erwähnt sind, Stellung nicht genommen, Beschlüsse nicht gefasst hat.

Landgerichtsrath *Roller*-Konstanz. Dem Wunsche des Herrn Vorredners (Sanitätsrath *Oebeke*) ist durch die vorgeschlagenen Thesen Rechnung getragen. Es ist darin auf § 593 ff. d. C.P.O. Bezug genommen. Durch § 600 C.P.O. ist eine vorläufige Fürsorge für die Person ermöglicht: darnach kann unter Umständen eine Verbringung von Gewohnheitstrinkern in Trinkerasyle vor ausgesprochener Entmündigung stattfinden.

Mendel-Berlin. Der Nachweis der Abnahme des Delirium tremens beweist noch nicht die Abnahme des Alcoholismus chronicus. *Baer* hat auch gesagt, dass in den letzten Jahren der Alcoholismus wieder zugenommen hat. Schwankungen treten übrigens häufig ohne nachweisbare Ursache ein.

Siemerling-Berlin hebt hervor, dass in der Charité in Berlin eine Abnahme derer sich habe nachweisen lassen, welche in Folge von chronischem Alcoholismus Aufnahme gefunden haben. Bei dieser Statistik ist namentlich auf die wiederholt Recipirten Rücksicht genommen. Unter Ausschaltung dieser lässt sich verfolgen, dass von Jahr zu Jahr die Zahl der zum ersten Male Aufgenommenen eine Verminderung erfahren hat.

Jolly-Berlin stellt im Schlusswort fest, dass auch in der heutigen Discussion sich kein Widerspruch gegen die aufgestellten Sätze ergeben habe. In einzelnen möchte er noch darauf hinweisen, dass er im Einverständniss mit Herrn *Mendel* auf statistische Zahlen keine zu weit gehenden Schlüsse bauen wolle. Indessen sei sicher, dass das Delirium

Digitized by Google

tremens seit einigen Jahren in Berlin in etwas geringerer Häufigkeit vorkomme. Der Schluss sei jedenfalls naheliegend, dass eine Erschwerung des Alkoholconsums die Ursache sei. Herrn *Baer* glaube der Referent dahin verstanden zu haben, dass er für Bestrafung der Betrunkenheit, nicht wie Herr *Mendel* verstanden hatte, für Bestrafung der Trunksucht eingetreten sei. In Bezug auf die Bemerkungen des Herrn *Oebeke* schliesst sich der Referent den Ausführungen des Herrn *Zinn* an.

Zum Schluss werden folgende Thesen einstimmig angenommen:

Der Verein deutscher Irrenärzte begrüsst die Aufstellung eines Gesetzentwurfs betreffend die Bekämpfung des Missbrauches geistiger Getränke mit grosser Genugthuung.

Indem er sich eines Urtheils über diejenigen Bestimmungen des Entwurfes, welche das ärztliche Gebiet nicht berühren, enthält, erklärt der Verein:

1. Eine Bestrafung der Trunksucht als solcher erscheint nicht zulässig. Die Verbringung der Gewohnheitstrinker in Trinkerheilanstalten darf nicht auf strafrechtlichem Wege erfolgen.
2. Die Entmündigung der Trunksüchtigen unter den in § 12 des Entwurfs angegebenen Umständen ist angezeigt.

   Auf das Verfahren der Entmündigung wegen Trunksucht haben aber die Bestimmungen über die Entmündigung von Geisteskranken in Anwendung zu kommen (§ 593 ff. der C.P.O.) insbesondere darf die Entmündigung nicht ausgesprochen werden, ohne dass einer oder mehrere Aerzte als Sachverständige gehört worden sind.
3. Die Trinkerheilanstalten müssen unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehen und sind in gleicher Weise staatlich zu beaufsichtigen, wie die Irrenanstalten.

4. Prophylaxe der Tuberculose in Irrenanstalten. Ref. *Nötel*-Andernach, Corref. *Zinn*-Eberswalde.

Nötel-Andernach. Von jeher hat man der Tuberculose-Sterblichkeit in den Irrenanstalten eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet und die Literatur darüber ist eine recht beträchtliche. Sie findet sich wohl vollzählig in dem Aufsatze von *Otto Snell*: „Die Lungenschwindsucht bei Geisteskranken“ Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 44. 166. verzeichnet; hervorheben möchte ich nur den Aufsatz von *Hagen* in seinem klassischen Werke „Statistische Untersuchungen über Geisteskrankheiten“ in dem er über die Beziehungen der Lungenschwindsucht zur Geisteskrankheit sich verbreitet und zu Resultaten kommt, die, heute noch gültig, zum Theil gerade durch die neueren Forschungen auf dem Gebiete der Tuberculose ihre beste Erklärung gefunden haben.

Digitized by Google

Hagen kam auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluss, dass der vierte Theil, also 25 pCt. der in den Irrenanstalten verstorbenen Geisteskranken auf die Tuberculose zu rechnen seien; dass Geisteskranke in fünfmal stärkerem Verhältniss der Tuberculose unterliegen als Geistesgesunde; dass in der Mehrzahl der Fälle die Geisteskrankheit der Lungenschwindsucht vorauf geht, dass in der Mehrzahl nicht die Lungenschwindsucht die Ursache der Psychose, sondern umgekehrt die Geisteskrankheit die Ursache ist, dass sich Lungenschwindsucht mit ihr verbindet.

Im Laufe seiner Untersuchungen fand *Hagen* heraus, dass die an Lungenschwindsucht gestorbenen Geisteskranken eine durchschnittlich viel längere Aufenthaltsdauer in der Anstalt zeigen, als die an anderen Krankheiten Gestorbenen; den Schluss aber daraus zu ziehen, dass der Anstaltsaufenthalt begünstigend auf die Entwickelung der Phthisis wirkt, lehnt er ab.

In der schon angeführten Arbeit kommt *Snell* auf Grund von 1240 Obductionsbefunden, die in 26 Jahren in der Hildesheimer Anstalt vorkamen, zu dem Schluss, dass 25,3 pCt. der Verstorbenen an Phthisis zu Grunde gingen, und dass die secundär Blödsinnigen und Melancholischen am häufigsten von den Geisteskranken an Phthisis starben. Aber auch er wahrt sich gegen die Folgerung, dass der Aufenthalt in den Irrenanstalten die Ursache der Häufigkeit der Tuberculose bei den in der Anstalt verstorbenen Geisteskranken sei.

Fränkel beschränkt sich in seinem kleinen Aufsatz: „Zur Statistik der Tuberculose bei Psychosen" Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 47, 687 darauf, auf Grund der Mittheilungen des Kgl. Preussischen Statistischen Bureaus aus den Jahren 1877—79 festzustellen, dass von den in Irrenanstalten Gestorbenen 19,7 pCt. auf Tuberculose entfielen, dass die Tuberculose-Sterblichkeit in den Anstalten um 5 pCt. ungünstiger ist als die der Bevölkerung ausserhalb der Irrenanstalten und dass endlich das Gros der an Tuberculose in der Anstalt Verstorbenen auf solche Kranke entfiel, die den grösseren Theil ihrer Lebenszeit in der Anstaltspflege verbrachten, namentlich allein fast die Hälfte auf secundär Gestörte und von dem übrig bleibenden Rest nur 4 pCt. auf die heilbaren Formen, Melancholie, Manie und Delirium potatorum.

Dieses Verhältniss der Tuberculosen-Sterblichkeit in den Anstalten ist nun in der That von grossem Interesse, und deshalb erlaube ich mir 3 diesen Gegenstand behandelnde Tabellen hier vorzulegen.

Die erste giebt an den Procentsatz der an Tuberculose Gestorbenen in Rücksicht auf die Zahl der überhaupt Verstorbenen in verschiedenen öffentlichen Anstalten. Ich habe die Anstalten herausgegriffen, wie mir die Berichte derselben grade zur Hand waren oder mir zugingen und ich verwahre mich ausdrücklich gegen die Annahme, dass es nicht noch Anstalten mit noch viel günstigeren oder auch viel ungünstigeren Procentsätzen der Tuberculose-Sterblichkeit giebt, als hier angeführt sind.

Digitized by Google

Tab. I.

Sie sehen, wie ungeheuer verschieden die Procentsätze sind, sie gehen von 5,2 bis 40! Nur sechsmal werden 25 pCt. überschritten, 2 Mal erreicht, die übrigen Male bleibt die Zahl unter diesem so zu sagen „klassischen Procentsatz". Wir werden kaum im Stande sein, die Ursachen dieser Unterschiede festzustellen; auf die eine oder andere möchte aber doch aufmerksam zu machen sein.

Zunächst werden diejenigen Anstalten, welche einen gehörigen Abfluss für ihre Kranken, überhaupt einen grösseren Wechsel des Bestandes haben, bessere Procentsätze haben, als diejenigen, die ihre Kranken bis an ihr Lebensende behalten müssen. Ist doch statistisch, wie oben erwähnt, nachgewiesen, dass grade die Psychosen mit langem Anstaltsaufenthalt das Hauptcontingent für die Tuberculose stellen und diese sind es ja grade, die bei Entlastung einer Anstalt abgegeben werden.

So kann es denn auch kommen, dass eine neu belegte Anstalt in den ersten Jahren ihres Bestehens eine verhältnissmässig hohe Ziffer an Tuberculose-Sterblichkeit aufweist, weil ihr eben das entsprechende Krankenmaterial aus andern Anstalten, zu deren Entlastung sie errichtet worden ist, zugeführt wurde.

Ganz wesentlich aber schien es mir zu sein, die Tuberculosen-Sterblichkeit der Bevölkerung, aus welcher ihre Insassen sich rekrutiren, zu vergleichen.

Zu diesem Zweck dient die Tab. II, zu deren Erläuterung bemerkt werden mag, dass die Tuberculose-Sterblichkeit auf 100 Verstorbene berechnet ist, dass bei der ausserhalb der Anstalt in dem zu dieser gehörigen Regierungsbezirke nur die im Alter von 15—70 Jahren Verstorbenen berücksichtigt sind. Diese Einschränkung musste stattfinden — ist übrigens auch von *Hagen* schon beobachtet und begründet worden — wenn nicht das Bild ein falsches werden sollte. Die Irrenanstalten beherbergen ja nur Kranke im Alter von 15—70 Jahren, oder doch darunter und darüber nur eine so geringe Zahl, dass sie ungestraft vernachlässigt werden kann. Dagegen ist die Tuberculose-Sterblichkeit in den Jahren unter 15 und über 70 Jahren eine so wesentlich andere, als die in den Jahren zwischen 15 und 70, dass die Hineinbeziehung der ersteren ein entschieden ungerechtes Resultat ergeben würde. Die Berechnung ist auf Grund der Veröffentlichung des Kgl. Preuss. Statischen Bureaus für 1888 erfolgt; in Folge dessen auch nur Preussische Anstalten mit den dazu gehörigen Preussischen Regierungsbezirken berücksichtigt werden konnten. Die Berechnung war eine recht mühsame und ich fühle mich deshalb gegen unsern Assistenzarzt Dr. *Paul Winckler* zu besonderem Danke verpflichtet, dass er sich dieser Arbeit unterzogen hat. — Die dunkel schraffirten Felder betreffen die Anstalten, die darunter befindlichen heller schraffirten Felder die Regierungsbezirke, in denen die Anstalten liegen.

Digitized by Google

Tab. II.

Es wird Ihnen nun sofort auffallen, dass mit einer einzigen Ausnahme, die Anstalten einen günstigeren Procentsatz der Tuberculose-Sterblichkeit zeigen, als die Regierungsbezirke. In einigen Fällen ist der Unterschied ein ganz enormer. Man braucht nur Dalldorf, Schleswig, Osnabrück, Marsberg, Marienthal, Grafenberg anzusehen. Besonders bemerkenswerth erscheint Osnabrück. Die Anstalt hat von den Anstalten fast den geringsten, der Regierungsbezirk den höchsten Procentsatz der Tuberculose-Sterblichkeit!

Ich glaube die Tabelle ist recht lehrreich und wohl geeignet, einen durch neuere Publicationen vielleicht noch genährtem Vorurtheile entgegenzutreten. Ich bin indessen keineswegs gewillt, auf Grund dieser Tabelle uns anzurathen, nun befriedigt auf unseren statistischen Lorbeeren zu ruhen. Vielmehr bin ich der Ansicht, dass, wenn wir auch als ganz naturgemäss annehmen müssen, dass die Geisteskranken in den Anstalten einen höheren Sterblichkeitssatz haben müssen, als die ausserhalb der Anstalt befindlichen Geistesgesunden, also auch mehr tuberculöse Geisteskranke in der Anstalt sterben müssen als tuberculöse Geistesgesunde, wir uns doch nicht dabei beruhigen dürfen, dass die Tuberculosefälle in den Anstalten nicht in gleichem Verhältniss mit den Todesfällen wachsen wie bei den Menschen ausserhalb der Anstalten. Vielmehr werden wir uns als mahnendes Gegenbild einmal vorhalten lassen müssen: wie viel starben von den in den Anstalten Verpflegten an Tuberculose und wie viel nicht in Anstalten Befindliche im Alter von 15—70 Jahren starben an Tuberculose.

Leider war es bei dem vorliegenden statistischen Materiale nicht möglich, die letztere Ziffer für die einzelnen Regierungsbezirke auszurechnen; vielmehr haben wir uns mit der für den ganzen Preussischen Staat berechneten Ziffer als Maassstab begnügen müssen, wie sie sich auf Tab. III in erster Reihe angezeichnet findet.

Tab. III.

Es starben 1888 in Preussen von 100 im Alter von 15—70 Jahren lebenden Personen 0,39 an Tuberculose. Und dagegen sehe man die folgenden Reihen an! Nur eine Anstalt bleibt unter der genannten Ziffer, drei überschreiten sie um ein so Geringes, dass man sie als gleich betrachten kann, die übrigen übertreffen sie und zwar die Hälfte von diesen um das doppelte, dreifache und mehrfache.

Wie oben gesagt, müssen wir darauf gefasst sein, dass von den Anstaltsbewohnern mehr an Tuberculose starben als von Geistesgesunden, weil ja die Psychose als Krankheitscumulation den ungünstigen Ausgang einer Tuberculose befördern wird. Aber ich meine, wir sollen uns diese Tabelle doch etwas zu Herzen nehmen.

Kurz mag noch das Resultat der neuesten Publicationen des Kgl.

Digitized by Google

Stastischen Bureaus „die Irrenanstalten 1886—88" die Tuberculose-Sterblichkeit erwähnt werden. Von 100 Todesfällen kamen 1886—88 auf Tuberculose 17,5. Von 100 Verpflegten starben an Tuberculose in genannter Zeit 1,3. Erheblich ist der Unterschied zwischen öffentlichen und Privatanstalten. In den öffentlichen kamen auf 100 Verstorbene 15,9 Tuberculosefälle, in den Privatanstalten 23,5! In den öffentlichen Anstalten starben von 100 Verpflegten an Tuberculose 1,2, in Privatanstalten 1,5. Und besonders bemerkenswerth erscheint mir der Umstand, dass die Tuberculose-Sterblichkeit im Zeitraum 1880—88 in den öffentlichen Anstalten abgenommen, in den Privatanstalten zugenommen hat! In den öffentlichen Anstalten betrug die Tuberculosen-Sterblichkeit 1880—85 17,3, 1886—88 15,9, eine Abnahme von 1,4 pCt. in den Privatanstalten 1880—85 21,9, 1886—88 23,5, also eine Zunahme von 1,6 pCt.

Unwillkürlich hat sich mir dabei der Gedanke aufgedrängt, ob an diesem bemerkenswerthen Ereigniss nicht vielleicht der Umstand Schuld sein sollte, dass wohl mehrfach Privatanstalten als jeder Zeit aufnahmefähige Reservoire für die Evacuation öffentlicher Irrenanstalten angesehen und benutzt worden sind. Durch alle diese Zahlen aber ist nicht herauszubekommen, wie weit den eigentlich dem Anstaltsaufenthalte die Schuld an der den Geistesgesunden gegenüber vermehrten Tuberculose-Sterblichkeit aufzubürden ist, ob ihn überhaupt die geringste Schuld trifft.

So lange man bei den Tuberculose-Todesfällen nicht die Dauer des Anstaltsaufenthaltes nach Monaten und Jahren beifügt, wird man der Lösung dieser Frage, wie weit der Anstaltsaufenthalt an der Tuberculose-Sterblichkeit Schuld sei, auf dem Wege der Statistik nicht näher kommen. Und immer wird es dann noch auf den Vergleich mit der gleichalterigen Bevölkerung der Gegend, welche der Anstalt die Kranken liefert, ankommen.

Indessen, wir bedürfen der Statistik nicht, wenn es sich um die Frage handelt, ob und wie der Aufenthalt in der Irrenanstalt die Erkrankung, den Tod an Tuberculose herbeiführen kann.

Es handelt sich bei der Tuberculose jetzt nicht mehr um eine constitutionelle Erkrankung, die durch Vererbung, durch mangelhafte sanitäre Verhältnisse hervorgerufen wird, sondern um eine contagiöse Infectionskrankheit, deren Infectionsträger wir kennen, dessen Verbreitungsweise wir kennen gelernt haben.

Ich brauche die Ergebnisse der Untersuchungen von *Koch* und seinen Schülern hier nicht des breiteren zu erörtern. Es genüge der Hinweis auf den Tuberkelbacillus als den Träger der Infection, sein oft massenhaftes Vorkommen im Sputum der Tuberculösen und der Hinweis auf die bekannte Arbeit von *Cornet* im 5. Bande der Zeitschrift für Hygieine „Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Körpers". Wenn in dieser letzteren nachgewiesen wird, wie in dem an den Wänden der von Tuberculösen bewohnten Zimmern, an den Bettstellen u. s. w. der abgelagerte Staub als Tuberculose erzeugend sich erweist, und speciell aus drei Irrenanstalten

mindestens je eine Staubprobe als infectionsfähig sich herausstellte, dann können wir dreist die statistischen Erwägungen einmal bei Seite lassen und uns allein daran halten, dass durch diese Untersuchungen ganz unwidersprechlich nachgewiesen ist, dass und auf welchem Wege der Aufenthalt in der Anstalt zur Erwerbung der Tuberculose führen kann. Der Auswurf Tuberculöser, auf dem Boden, an den Wänden, den Möbeln, der Wäsche u. s. w. haftend, streut beim Austrocknen die Infectionsträger — die Tuberculose-Bacillen aus, die mit dem übrigen Staube da und dort sich ablagern, von jedem Luftzug aufgewirbelt werden und den Bewohnern dieser Räume die Gefahr der Ansteckung bringen.

So kennen wir die Gefahr, und da ist es unsere Schuldigkeit, die Errungenschaften der Wissenschaft zu nutze zu machen, die uns gewiesenen Wege mit Consequenz einzuschlagen und jedenfalls dem Ideale nachzujagen, dass nicht ein einziger Fall von Tuberculose als in der Anstalt erworben mehr aufgefunden werden kann.

Neben der selbstverständlichen Berücksichtigung der Nahrungsmittel, besonders der Milch, die nur in abgekochtem Zustande gegeben werden soll, könnte als das einfachste Mittel hierzu der Ausschluss der Aufnahme von Tuberculösen in die Anstalt erscheinen, wie ja auch andere ansteckende Krankheiten die Aufnahme ausschliessen. Im Ernst wird keiner von uns eine solche Maassregel vorschlagen, einfach weil sie in den meisten Fällen undurchführbar und in den wenigen, da sie durchführbar wäre, geradezu unmenschlich wäre. Man kann nicht verlangen, dass alle zur Aufnahme in eine Irrenanstalt gelangenden Individuen so genau auf ihren sonstigen Gesundheitszustand untersucht werden, dass das Vorhandensein von Tuberculose auszuschliessen wäre, ja sogar bei recht genauer Untersuchung könnte sich ja eine Tuberculose besonders in ihren Anfangsstadien dem Nachweise entziehen. Es könnte sich also höchstens darum handeln, Personen, die vom untersuchenden Arzte als tuberculos erkannt würden, von der Aufnahme auszuschliessen. Da wir aber damit nicht die Möglichkeit einer Einschleppung ausschliessen, so würde die Maassregel eine unnütze Härte darstellen. Wo sollen denn die tuberculösen Geisteskranken bleiben? Sie sind ja doppelt hülfsbedürftig, da sie an zwei heimtückischen Krankheiten leiden.

Ich möchte auch an die Syphilis erinnern, mit der wir uns trotz der Ansteckungsgefahr oft genug in den Anstalten zu befassen haben.

Anders liegt die Sache beim Wart- und Dienstpersonal. Bei der Annahme muss in der That mit grosser Vorsicht gehandelt und nöthigenfalls vorherige ärztliche Untersuchung gefordert werden.

Die Zuführung tuberculöser Geisteskranken aber werden wir uns gefallen lassen müssen und zusehen müssen, wie wir sie für ihre Umgebung möglichst unschädlich machen. — Die einfachste wohl auch erfolgreichste Maassregel würde die absolute Trennung der tuberculösen von andern Kranken sein.

Digitized by Google

Es ist nun gar keine Frage, dass sich vielfach eine Absonderung durchführen lässt und auch jetzt, nachdem wir die Ansteckungsfähigkeit und den Träger der Ansteckung kennen, durchgeführt wird, wo wir früher kaum daran dachten. — Absolut aber ist sie nicht durchzusetzen. Ich sehe von dem schon erwähnten Umstande ab, dass wir oft genug in der Lage sein werden, erst nach wochen- und monatelangem Aufenthalte eines Kranken dahinter zu kommen, dass er tuberculös ist. Hier brauche ich nicht auseinander zu setzen, auf welche Schwierigkeiten wir bei Entdeckung und Diagnose somatischer Erkrankungen bei unseren Pflegebefohlenen stossen. Es werden immer unentdeckte Tuberculöse in unsern Anstalten herumwandern.

Aber auch in Fällen, wo wir die Tuberculose nachgewiesen haben, werden wir — ich glaube nur in den seltensten Fällen eine absolute Absonderung durchführen können.

Sie würde gleichbedeutend sein mit Isolirung vieler Fälle, denen Isolirung schädlich ist. Wir haben die Psychose zu behandeln und zu vermeiden, was die Genesung hindern, eine Verschlimmerung fördern kann. Und wie ungünstig ja in den meisten Fällen strenge Isolirung wirkt, brauche ich hier nicht auseinander zu setzen. Die Gesellschaft eines Wärters ersetzt die Gesellschaft anderer Kranken nicht, und dass unsere Anstalten so viel Tuberculöse zu gleicher Zeit aufweisen könnten, dass sie nach dem Charakter der Psychose in Gruppen zusammen gethan werden könnten, will ich nicht hoffen.

Mehr aber als bisher lässt sich eine Absonderung meiner Meinung nach doch durchführen, sicher bei den bettlägerig Kranken und bei den anderen meistens für die Nacht. Ich verkenne gewiss nicht die Schwierigkeiten, die die Trennung für die Nacht in den zwei Factoren Raum und Personal entgegenstehen, auf der andern Seite aber ist grade die Nacht die für die Verbreitung der Krankheit gefährlichste Zeit. In der Nacht ist die Controlle, wann und wohin Auswurf entleert wird, unmöglich; da kann Sputum trocknen und der Luft sich mittheilen, wenn wir nicht schliesslich jedes Schlafzimmer zu einem Wohnzimmer umwandeln wollen, was das Behagen der Kranken jedenfalls nicht erhöhen und noch mehr an Personal kosten würde, als die Absonderung der Tuberculösen für die Nacht. Der nöthige Raum muss sich eben finden und ebenso die nöthige Aufsicht, die es wohl erfordern kann, dass man für einen tuberculösen Kranken auch ständig einen Wärter braucht. Dass die bettlägerig Tuberculösen von anderen Bettlägerigen getrennt werden, das ist wohl eine Forderung, die sich so von selbst versteht, dass sie überall erfüllt sein wird. Gebietet es doch schon die gewöhnlichste Oeconomie, dass die Bettlägerigen möglichst beieinander gehalten werden, und da geht es doch nicht, dass ein Bronchial-Catarrh neben eine Tuberculose gelegt wird.

Die Zimmer, in denen Tuberculöse liegen, die Möbel, die Wäsche, die Kleidungsstücke dieser Personen, sie müssen behandelt werden, wie die

Digitized by Google

von mit andern ansteckenden Krankheiten, z. B. Diphtheritis u. s. w. behafteten benutzten. Bett, Wäsche und Kleidungsstücke dürfen nicht mit denen anderer Kranken zusammengebracht werden, sie gehören in den Desinfections-Apparat, der jetzt wohl in jeder Anstalt zu finden sein wird. Die übrigen Dinge sind in entsprechender Weise zu desinficiren; ebenso der Fussboden und die Wände.

Ich glaube an dieser Stelle davon absehen zu sollen, in's Einzelne gehende Angaben zu machen, wie der Fussboden, wie die Wände zu behandeln sind. Wir in *Andernach* halten uns an die Vorschriften des Berliner Polizei-Präsidiums und sind damit bisher immer noch gut gefahren. Indessen es führen ja viele Wege nach Rom, und die Wissenschaft schreitet fort, so dass wir nicht wissen können, ob nicht das, was wir heute als das Beste ansehen, morgen schon von einem Besseren überholt ist.

Das gilt von den Räumen, in denen Tuberculöse schlafen oder bettlägerig sind.

Einige Tuberculöse aber werden, wie wir gesehen haben, immer unter den andern Kranken theils erkannt, theils unerkannter Weise vor Allem am Tage verweilen, und da giebt es Maassregeln zu treffen, um die Gesunden möglichst vor Ansteckung zu schützen.

Für uns liegt die Sache insofern mit am schwierigsten, weil wir mit meist unbelehrbaren Personen zu thun haben. Indessen mit der nöthigen Consequenz wird sich doch manches erreichen lassen. Zunächst wird man für eine reichliche Anzahl practischer Spucknäpfe zu sorgen haben, die nicht in möglichst unzugänglichen Ecken und Winkeln ein verschämtes Dasein führen, sondern recht auffällig placirt, nöthigenfalls durch entsprechende Wandanschläge kenntlich gemacht werden sollen. Practische Spucknäpfe, weite etwas tiefe Gefässe, die mit Wasser bis zu etwa $^1/_3$ gefüllt sind. Ganz abgesehen davon, dass der Nutzen einer desinficirenden Flüssigkeit recht zweifelhaft, müssen wir ja auf eine unschädliche Flüssigkeit dringen. Die Hauptsache ist, dass die Spute nicht eintrocknen und so staubförmig der Luft beigemengt werden können. Aus welchem Stoff die Spucknäpfe zu nehmen sind, ist am Ende gleichgültig, wenn nur die eine Bedingung, dass das Material eine Behandlung mit kochendem Wasser verträgt ohne rissig zu werden, erfüllt wird, denn die Spucknäpfe müssen, nachdem ihr Inhalt dem Abort überantwortet ist, mit kochendem Wasser gereinigt werden, um alle etwa an den Wänden u. s. w. anhaftenden Sputatheilchen unschädlich zu machen. Die vortheilhaftesten möchten wegen ihrer Haltbarkeit die eisern-emaillirten Gefässe sein, vorausgesetzt, dass die Emaille wirklich gut ist. Wir führen Porzellan, was entschieden am besten aussieht; ob wir es durchführen werden, ist eine andere Frage. Es lässt sich nun wohl erreichen, dass die Spucknäpfe benutzt werden, aber die ganz ausschliessliche Benutzung derselben wird nicht durchzusetzen sein, und wir werden immer in Gefahr sein, dass sich doch bacillenhaltige Auswurfsstoffe dem Staube, der auf der Erde, auf den Möbeln, Oefen u. s. w.

Digitized by Google

sich sammelt, beigemischt findet. Und darum werden wir weder Fussboden noch Möbel trocken abstauben, sondern immer feucht reinigen müssen. Wir werden Teppiche, Polstermöbel, Gardinen und Vorhänge nicht von der Benutzung in unsern Anstalten ausschliessen dürfen, um so mehr aber werden wir die Gefahr, die diese Staubfänger mit sich bringen, gehörig würdigen und dafür Sorge tragen müssen, dass sie nicht in geschlossenen Räumen, sondern in freier Luft, unter freiem Himmel ausgeklopft und gereinigt werden. Wo aber Sputa sich ausserhalb der Spucknäpfe abgelagert vorfinden, sollen sie behandelt werden wie anderer Unrath; mit nassem Tuch sind sie aufzunehmen, und feucht ist die verunreinigte Stelle zu reinigen.

Ueberhaupt Reinlichkeit! Scrupulöse Reinlichkeit und nicht trockenes, sondern wo irgend ausführbar, feuchtes Reinigungsverfahren!

So werden wir uns bemühen unsern Pflegebefohlenen die Gefahr der Ansteckung möglichst fern zu halten; sie ganz zu beseitigen wird uns sobald nicht gelingen, und darum haben wir die Pflicht, die Anstaltsinsassen so viel wie möglich widerstandsfähig zu machen. Nähren wir unsere Kranken gut, geben ihnen reichlich Raum, Luft und Licht, dann werden ihnen die da und dort doch vorhandenen Krankheitskeime sehr viel weniger anhaben können, als wenn sie unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen zu existiren gezwungen sind.

Es ist mir kein Zweifel, dass grade die Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse es mit sich gebracht hat, dass der früher angenommene Sterblichkeitssatz von 25 pCt. der Todesfälle nur noch ausnahmsweise in unsere Anstalt erreicht wird.

Vom rein ärztlichen Dienste aber müssen wir verlangen, dass er eine möglichst zeitige Diagnose der Tuberculose zu Wege bringt. Genaue physikalische Untersuchung der Neuaufgenommenen, ausgedehnte und wiederholte Untersuchung der Spute neben sonstiger genauer ärztlicher Ueberwachung der Pflegebefohlenen und auch des Personales ist ein Erforderniss, ohne dessen Erfüllung wir mit unseren sonstigen Vorbeugungsmaassregeln vielfach zu spät kommen, vielfach unnütz uns anstrengen werden. Grade die Eigenheit unserer Kranken, dass sie oft von äusserster Toleranz gegen somatische Erkrankungen sind, macht die genaueste ärztliche Ueberwachung nothwendig! So soll denn der Arzt an den Irrenanstalten nicht das fünfte Rad am Wagen sein, sondern die Zügel fest in der Hand halten. Wir Aerzte an den Provinzialanstalten kennen das ja gar nicht anders, aber ein recht grosser Theil von Geisteskranken ist in andern Anstalten untergebracht, bei denen der Arzt oft keineswegs die Rolle spielt, die er spielen sollte, in denen er keineswegs ein bestimmender Factor ist, sondern nur kommt, wenn er gerufen wird. Unter solchen Verhältnissen werden alle prophylaktischen Maassregeln zu einem leeren Schein herabgedrückt werden, die Spucknäpfe werden vielleicht in schönster Parade aufmarschirt stehen und dabei die frische Lungenentzündung neben einem Hectiker gelagert

Digitized by Google

sein! Dringen wir immer und immer wieder darauf, dass in jeder Irrenanstalt der Arzt die Hauptperson ist, möge er dann auch die Verantwortung zu tragen haben, der ja auch nur er mit seinem ärztlichen Können und Wissen gewachsen ist!

Kurz zusammengefasst ergeben sich folgende Sätze:

1. Die Tuberculösen sind von anderen Kranken für die Nacht und jedenfalls im Zustande der Bettlägerigkeit zu trennen.

2. Die von Tuberculösen dauernd benutzten Zimmer sind mit sammt ihrem Inhalt, ehe sie anderweitiger Benutzung übergeben werden, nach der jeweilig geltenden Bestimmung für die Desinfection bei anderu ansteckenden Krankheiten wie z. B. Diphtheritis zu behandeln.

Die Umgebung der Lagerstätten der Tuberculösen, der Fussböden, Wände, wie die Bettstellen selbst, sind täglich der sorgfältigsten feuchten Reinigung zu unterwerfen; Wäsche und Kleidungsstücke Tuberculöser sind von den anderen zu trennen und zu desinficiren.

3. In allen von Kranken benutzten Räumen sind Fussböden, Möbel, Wände, soweit durchführbar, täglich feucht zu reinigen; Teppiche, Vorhänge, Polstersachen dürfen nicht in geschlossenen Räumen ausgeklopft werden; es ist überhaupt jedes Aufwirbeln von Staub nach Thunlichkeit zu vermeiden.

4. In allen von Kranken wie von Personal benutzten Räumen ist für reichliche Aufstellung zweckentsprechender Spucknäpfe zu sorgen, die zum Theil mit Wasser gefüllt, mindestens täglich in den Abort entleert und mit kochendem Wasser gereinigt werden müssen.

Alle Spuren von Spute auf Fussböden, Wänden, Möbel u. s. w. sind sofort feucht zu vertilgen.

5. Das Personal ist entsprechend zu belehren, die Kranken einer genauen ärztlichen Controlle zu unterwerfen und demgemäss dem Arzte an der Irrenanstalt eine bestimmende Stellung anzuweisen.

Correferent *Zinn* verzichtet auf das Wort.

Discussion. Herr von *Krafft-Ebing*-Wien findet als ganz besonders Tuberculose in Irrenanstalten fördernd deren Ueberfüllung und hält es für hygienisch und humanitär absolut unzulässig, wenn eine Anstalt mehr Kranke aufnehmen soll, als ihrem kubischen Raume entspricht. Ganz besonders gefährdet und der Prophylaxe bedürftig sind Kranke mit ungenügender Respiration (gewisse Melancholien, Dementia acuta u. s. w.).

Herr *Oebeke*-Bonn macht bezüglich der Sterbestatistik von Tuberculose zwischen öffentlichen und privaten Anstalten darauf aufmerksam, dass eine grosse Zahl irrer Pfleglinge von den öffentlichen Anstalten wegen Ueberfüllung an private Anstalten abgegeben werden, die z. Th. von Krankenpflegeorden geleitet werden. Unter diesen Kranken sind zum grossen Theil die an Tuberculose leidenden, da die öffentliche Anstalt vorwiegend die frischerkrankten zurückbehält. Hierdurch wird natürlich die Sterbeziffer an

Digitized by Google

Tuberculose in diesen privaten Anstalten wesentlich erhöht, während bei einer geordneten Irrenfürsorge alle diese Tuberculösen der öffentlichen Irrenanstalt verbleiben und dort hinterher ebenso an ihrer Tuberculose sterben würden, wie jetzt in den Privatanstalten.

Herr *Grashey*-München. Die Vorschläge, welche der Herr Referent als die wichtigsten zur Verhütung der Tuberculose in Irrenanstalten bezeichnet hat, sind die bekannten *Cornet*'schen. *Cornet*'s Abhandlung hat bei uns in München die grösste Beachtung gefunden, und man hat das Kgl. Staatsministerium gebeten, in einer Strafanstalt oder in einem Theile einer solchen die *Cornet*'schen Forderungen auf das Genaueste zu erfüllen und zu beobachten, ob hierdurch die Sterblichkeit durch die Tuberculose sich mindere. Bestimmte Resultate liegen noch nicht vor. Man weiss noch nicht, was und wie viel das von *Cornet* empfohlene Verfahren leistet. Dagegen kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die Ueberfüllung einer Anstalt die Ausbreitung der Tuberculose wesentlich fördert, dass gute Ernährung und Bewegung und Beschäftigung der Kranken im Freien dieselbe einschränkt. Ich habe dieselben Erfahrungen bezüglich der Ueberfüllung gemacht wie *v. Krafft-Ebing*. Ausserdem verweise ich auf die Sterblichkeitsverhältnisse in Gefängnissen. Strafanstalten, welche lange Freiheitsstrafen zu vollziehen haben, leiden viel mehr unter der Tuberculose, als solche mit relativ kurzen Freiheitsstrafen. In einzelnen Zuchthäusern mit ihren langen Freiheitsstrafen ist die fragliche Sterblichkeit auf 60 pCt. gestiegen. Was den schädlichen Einfluss der Ueberfüllung anbetrifft, so bemerke ich noch, dass in der Irrenanstalt zu München in den Jahren ihrer Ueberfüllung die Sterblichkeit an Tuberculose von 21 pCt. auf 31 pCt. gestiegen ist, obwohl die Verköstigung der Kranken eine ganz wesentliche Verbesserung erfuhr und eine hervorragend gute ist. Begnügen Sie sich also nicht mit einer Durchführung der *Cornet*'schen Rathschläge, sondern gehen Sie in erster Linie gegen die Ueberfüllung der Irrenanstalten vor, umsomehr als die geforderte Isolirung der Tuberculose in einer überfüllten Anstalt nicht durchführbar ist.

Zinn sen.-Eberswalde. Ich habe als Correferent vorhin auf das Wort verzichtet, weil ich mit den Ausführungen des Referenten durchaus einverstanden bin. Nach den einleitenden Bemerkungen des Herrn *Grashey* möchte ich aber nicht, dass meine Stellung zu der Frage missverstanden werde. Dass die Sorge für gute Luft, für peinliche Reinlichkeit von Räumen, Personen und Sachen, für ausreichende und zweckmässige Ernährung, für sorgfältige Pflege und stete ärztliche Aufsicht in erster Linie steht, ist zweifellos und auch vom Referenten betont worden. Es ist indess doch gut, dass Herr *Grashey* noch besonders darauf zurückgekommen ist. Die meisten Irrenanstalten sind ja leider überfüllt, und an manchen lässt auch die Ernährung der Kranken, die Qualität und die Zahl des Pflege-Personals noch manches zu wünschen übrig. Diese Dinge sind aber viel wichtiger als alle anderen zur Verhütung der Tuberculose

Digitized by Google

und deren Verbreitung in den Irrenanstalten vorgeschlagenen Maassregeln: Spucknapf und Desinfectionsapparat, Isolirung der Tuberculösen u. s. w. thun es in der That allein nicht und haben nur da einen Sinn, wo jene Vorbedingungen erfüllt sind. Die vom Referenten mit Recht geforderte Absonderung tuberculöser, nicht bettlägeriger Kranken von anderen Kranken während der Nacht wird vorläufig in vielen Irrenanstalten wegen Mangel an den nöthigen Räumen nicht durchführbar sein. Ja es wird die Absonderung der tuberculösen bettlägerigen Kranken von anderen Kranken in nicht wenigen Anstalten wegen Ueberfüllung derselben mit grossen Schwierigkeiten verbunden, ja da und dort vorerst noch nicht möglich sein. Wie nothwendig die ärztliche Leitung auch in den Irren-, Pflege-, Siechen- und Idioten-Anstalten u. s. w. ist, soll das Umsichgreifen der Tuberculose in diesen Anstalten verhütet werden, hat der Referent überzeugend nachgewiesen. Wir werden also vor allen Dingen auf Abhülfe der genannten Uebelstände dringen müssen, bevor wir von den anderen gegen die Tuberculose gerichteten Maassregeln einen Erfolg erwarten dürfen.

Mit dem Referenten halte ich die statistischen Angaben über das Vorkommen von Tuberculose in Irrenanstalten und bei der Draussenbevölkerung für wenig zuverlässig, die Leichen der in den Irrenanstalten verstorbenen Kranken werden secirt, während das bei den ausserhalb der Anstalten Verstorbenen leider nur ganz ausnahmsweise der Fall ist.

Mit Herrn *Grashey* bin ich auch darin einverstanden, dass die *Cornet*'schen Angaben einer sorgfältigen Nachprüfung bedürftig und bis dahin noch mit Vorsicht aufzunehmen sind.

Herr *Nötel*-Andernach. Schlusswort. Ich kann die Worte der Herren Professoren *v. Krafft-Ebing* und *Grashey* und des Correferenten nur mit Dank annehmen. Ich bin allerdings der Meinung gewesen, dass unsere Anstalten die nothwendigen sanitären Maassregeln erfüllen müssen, also auch der Ueberfüllung nicht unterworfen sein dürfen: ich habe das in dem Referat in den kurzen Worten, dass unseren Kranken vor allem Luft und Licht gewährt werden müsse, ausgedrückt.

Collegen *Oebeke* möchte ich erwidern, dass ich dasselbe, was er in Betreff der Privatirrenanstalten betont, auch schon damit gesagt zu haben glaube, dass manche Privatanstalten sich zu einem allezeit aufnahmebereiten Reservoir für die Evacuationen der öffentlichen Anstalten gestaltet haben.

5. Zur Fürsorge für Epileptische. Ref. Dr. *Wildermuth*-Stuttgart, Corref. *Laehr*-Zehlendorf.

Wildermuth-Stuttgart. Die Frage der Fürsorge für Epileptische wurde letztmals in diesem Verein im Jahr 1883 auf Grund eines Referats von *H. Pelman* behandelt. Das Resultat, zu welchem *Pelman* kam und welches im Wesentlichen von der Sitzung des Vereins in Berlin angenommen wurde, war folgendes:

1. Geisteskranke Epileptiker, sowohl diejenigen, welche an chronischem,

Digitized by Google

als die, welche an transitorischem Irrsinn leiden, sind in den gewöhnlichen Irrenanstalten unterzubringen.

2. Für die nicht geisteskranken, aber erwerbsunfähigen, resp. bürgerlich unselbständigen Epileptiker sind besondere Colonien zu errichten mit ausgiebiger Beschäftigungsgelegenheit.

3. Für die jugendlichen Epileptiker, deren geistige Entwickelung nicht Noth gelitten hat, wären besondere Anstalten, allein oder in Verbindung mit Idiotenanstalten, zu gründen.

4. Für Epileptische, welche der dauernden Anstaltspflege nicht bedürfen, ist auf dem Wege poliklinischer Behandlung, resp. vorübergehender Spitalfrage zu sorgen.

Diese Vorschläge stimmen im wesentlichen mit denen Hr. *Jollys* überein, der in seinem bekannten Artikel im Archiv f. Psych. in dankenswerther Weise diese Frage wieder angeregt hat.

In der Debatte, welche sich in Eisenach anschloss, wurde namentlich von Hrn. *Binswanger* auf die Schwierigkeit hingewiesen, zwischen geistesgestörten und geistesgesunden, acut psychisch Erkrankten und chronisch irren Epileptikern in genügender Weise zu unterscheiden. *B.* wies dabei auf die Erfahrungen der Charité hin, wo ein und derselbe Kranke bald als einfacher, bald als geistig gestörter Epileptiker figurirt.

Ich glaube, meine Herren, mit diesem Einwurf ist einer der wichtigsten Punkte getroffen.

Wir müssen bei der Lösung der Frage im Auge behalten, dass wir es bei Epileptischen, welche Anstaltshülfe aufsuchen, neben einer kleinen Anzahl geistig intacter Kranker mit allen Stufen des intellectuellen und ethischen Schwachsinns zu thun haben von der Grenze der Norm an bis zu völliger Verblödung. Oft genug durchläuft ein und derselbe Kranke alle diese Stadien. Ueberaus häufig wird diese chronische psychische Degeneration complicirt durch transitorisches Irresein, sei es in Form gewöhnlicher Manie, sei es durch die specifisch epileptischen Psychosen-Complicationen, welche eine vorübergehende Internirung des Patienten in einer geschlossenen Anstalt erheischen.

Der zweite Gesichtspunkt ist der, dass Epileptiker aller Altersstufen Anstaltshülfe aufsuchen vom 5. Lebensjahre an bis ins höhere Alter;

drittens, dass nur eine kleine Anzahl als geheilt ins Leben zurücktritt, ein grosser Theil zeitlebens der Anstaltspflege bedarf. Bei diesen fliessenden Uebergängen zwischen den einzelnen Formen der Fallsucht nach der Schwere des Grundleidens und seinen Folgen für das psychische Verhalten, bei dem oft periodischen Wechsel im Zustand des einzelnen Kranken, welcher unter dem Einfluss acuter psychischer Störung mit einem Schlag von einem leidlich gesellschaftsfähigen Individuum in einen gefährlichen Irren sich verwandelt, halte ich eine Trennung der Pflege heilbarer und unheilbarer, irrer und nicht irrer Epileptischer weder für durchführbar noch wünschenswerth.

Digitized by Google

Ebensowenig eine Scheidung jugendlicher und erwachsener Kranker. Bei der vielfach gehemmten geistigen Entwickelung fällt die Altersgrenze für den Schulunterricht keineswegs immer oder auch nur häufig mit dem Alter der Pubertät zusammen. Für viele Kranke ist eine Fortdauer des Unterrichts in einzelnen Fällen neben gewerblicher Beschäftigung nothwendig, um das mühsam Errungene zu erhalten.

Am besten wird für Epileptische in der Art gesorgt, dass in dem Rahmen einer grossen Anstalt heilbare und unheilbare, geistig normale und nicht normale, jugendliche und erwachsene Kranke untergebracht werden, und dass man den einzelnen Gruppen, wie sie sich nach Alter und Art der Erkrankung ergeben, durch Errichtungen verschiedener Abtheilungen in möglichst individualisirender Weise gerecht wird.

In der That haben sich die grösseren der bestehenden Anstalten für Epileptische sämmtlich in der angedeuteten Richtung entwickelt.

Zunächst wollte man Fällen, die Aussicht auf Besserung oder Heilung boten — und dies sind in erster Linie jugendliche Kranke — eine geeignete Unterkunft bieten; an diese sogenannten Heilanstalten haben sich mit Naturnothwendigkeit Pflegeanstalten gereiht, und aus den Anstalten für jugendliche Kranke sind solche für Kranke jeden Alters herausgewachsen.

Dass sich keine geschlossenen Irrenabtheilungen an die bestehenden Asyle angeschlossen haben, liegt gewiss nicht an dem fehlenden Bedürfniss hiezu, sondern in äussern Verhältnissen, namentlich in dem Charakter, den die Oberleitung derselben der Mehrzahl nach trägt.

Eine solche grosse, allen Bedürfnissen Rechnung tragende Anstalt müsste enthalten:

1. Abtheilung für jugendliche unterrichtsfähige Kranke,
2. für gewerblich beschäftigte Kranke mit getrennten Abtheilungen für erwachsene und halberwachsene;
3. Oeconomiegebäude für landwirthschaftlich thätige Epileptische,
4. Irrenabtheilung für chronisch geisteskranke und völlig verblödete Epileptische, in welcher stets Raum frei sein muss zur Unterbringung von Kranken, welche wegen transitorischen Irreseins vorübergehende Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt bedürfen. Damit wird der zweifellos vorhandene Uebelstand beseitigt, dass Kranke, welche den grössten Theil des Jahres in freier Verpflegungsform zubringen könnten, wegen kurzem Paroxismus gefährlichen Irreseins zeitlebens in geschlossenen Anstalten bleiben müssen. Ein Missstand, auf den besonders auch von *Rieger* s. Z. aufmerksam gemacht wurde.

In einer detachirten Abtheilung dieser Irrenanstalt wären blödsinnige epileptische Kinder untergebracht.

5. Ein Krankenhaus für körperlich defecte und pflegebedürftige Kranke mit Abtheilungen für acute, insbesondere infectiöse Krankheiten.

Digitized by Google

Ganz leicht liesse sich mit diesen Anstalten auch die vorübergehende Hospitalisirung Epileptischer verbinden, ebenso eine Poliklinik für derartige Kranke, wie dies theilweise schon der Fall ist. Nur müsste darauf gedrungen werden, dass die Kranken auch hier nach den allgemein in der Medicin üblichen Grundsätzen untersucht und behandelt werden. Die briefliche Behandlung und das Zusenden von Medicamenten auf schriftliche Berichte hin halte ich für ebenso unzulässig, wie auf jedem andern Gebiet der Heilkunde.

Bei diesen Anstalten denkt man zunächst an gänzlich unbemittelte oder wenig solvente Kranke. Was die bemittelten Epileptiker anlangt, so wurde von *Jolly* der Vorschlag gemacht, ihre Pflege und Behandlung der Privatunternehmung zu überlassen. Das hat aber seine grossen Schwierigkeiten. Solche Privatunternehmen für bessere Epileptiker werden der Natur der Sache nach sich nur auf eine kleine Anzahl Kranker erstrecken können. Eine solche kleine Anstalt ist aber nicht in der Lage, bei der grossen Verschiedenheit der einzelnen Fälle in der erforderlichen Weise zu individualisiren, was sich besonders auf dem Gebiete des Unterrichts, gewerblicher oder anderer Beschäftigung fühlbar macht.

Es wird deshalb im grossen Ganzen die Fürsorge auch für die Epileptiker besserer Klassen den grossen Asylen überlassen bleiben, welche je nach Bedürfniss für diese Patienten ein besonderes Haus oder wenigstens eigene Abtheilungen errichten können.

Ausgehend von der Betrachtung, wie sich die bestehenden Epileptiker-Asyle entwickelt haben, kommen wir auf einen weiteren Gesichtspunkt: auf die Möglichkeit und Zweckmässigkeit einer gemeinsamen Fürsorge für Epileptiker und Idioten. Je länger man sich mit diesen beiden Krankheitsgebieten beschäftigt hat, um so mehr ist man zu der Ueberzeugung gekommen, wie ähnlich, wie vielfach zusammenfallend die practischen Aufgaben beiden gegenüber sind.

In Beziehung auf jugendliche Epileptische wurde schon von *Jolly*, *Pelman* und *Kind* als thunlich und zweckmässig anerkannt, sie in besonderen Abtheilungen von Idiotenanstalten unterzubringen. Es ist eine Fiction, anzunehmen, dass sich in den sog. reinen Epileptiker-Anstalten keine oder nur wenig Idioten befinden. Wenn die Annahme auch wohl zu weit geht, dass die in jugendlichem Alter entstandene Epilepsie stets Idiotie zur Folge habe, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass 70—80 pCt. jugendlicher Epileptiker, wie sie in Anstalten Aufnahme suchen, nicht im Stande sind, den Ansprüchen, wie sie an geistig normale, gleichalterige Kinder gestellt werden, zu genügen und anstandslos mit geistig gleichwerthigen Schwachsinnigen zusammen unterrichtet werden können.

In vielen Fällen ist es ja unmöglich zu entscheiden, ob man es mit einem epileptisch idiotischen Kind oder mit einem durch Epilepsie idiotisch gewordenen zu thun hat.

Nur der Unterricht in Schule und Gewerbe wäre gemeinsam, nach Wohn-

Digitized by Google

und Schlafräumen wären Epileptiker und Idioten in besonderen Häusern zu trennen.

Der eine Einwand, der gegen eine solche combinirte Verpflegung geltend gemacht wurde: dass schwachsinnige Kinder durch den Anblick epileptischer Krämpfe fallsüchtig werden könnten, ist durch die Thatsachen längst widerlegt.

Der zweite Einwand, dass die Epileptiker durch das Zusammensein mit Idioten geistig Noth leiden, fällt weg, sobald wir uns daran erinnern, dass in jeder Epileptiker-Anstalt alle Formen des Schwachsinns vertreten sind. In Epileptiker- und combinirten Asylen müssen eben die geistig gleichwerthigen Kranken gemeinsam verpflegt werden.

Dagegen dass irre und verblödete Epileptiker mit idiotischen Blöden in einer Anstalt verpflegt werden, hat sich wohl noch nie ein Widerspruch erhoben.

Es ergiebt sich aus dem Vorstehenden, dass diese Anstalten, um den an sie gestellten Anforderungen entsprechen zu können, eine gewisse Grösse und Ausdehnung haben müssen. Ich halte die kleinen Anstalten für Epileptiker, wie sie in letzter Zeit mehrfach ins Leben gerufen wurden, bei aller Anerkennung der Leistungen nicht für zweckentsprechend. Ueber die Bedürfnissfrage können wir aus den Erfahrungen der bestehenden Anstalten uns wohl mehr Aufklärung verschaffen, als aus der bisher vorhandenen Statistik, so weit sie mir bekannt ist.

In Stetten z. B. ist der damalige Bestand auf der Abtheilung für Epileptiker: Schulpflichtige ca. 70.

In der Oekonomie und dem Handwerk beschäftigt: Pfleglinge 39—40.

Bei einer Einwohnerzahl von rund 2 Millionen decken die Abtheilungen für Schulpflichtige, für erwachsene und halberwachsene Kranke das für das Land vorhandene Bedürfniss. Dagegen ist das nicht der Fall bei der Pflegeabtheilung, welche einer Erweiterung von 20—30 Betten bedarf.

Rechnen wir hiezu noch eine Abtheilung für irre Epileptiker für 60—80 Kranke, so würden wir auf folgende Zahlen kommen:

Schulpflichtige Epileptische	70 —	Idioten	80
Gewerblich oder ökonomisch beschäftigte Epileptische	50 —	„	50
Pfleglinge	100 —	„	50
	220 —	Idioten	180

Ich enthalte mich daher frei, auf diesen Punkt weiter einzugehen.

Wie *Jolly* und *Pelman* mit Recht hervorheben, wird, sobald genügende Gelegenheit zur Versorgung sämmtlicher Rubriken dieser Krankheitsformen geboten ist, ein erneuter Zufluss zu diesen Anstalten stattfinden.

Ich erlaube mir hier zur Illustration des Gesagten den generellen Entwurf einer Anstalt zu zeigen, in welcher Epileptiker und Idioten aller Kategorien aufgenommen werden sollen.

Auf einer Seite sind männliche, auf der andern weibliche Kranke untergebracht.

Digitized by Google

Auf jeder Seite:

a. Haus für schulpflichtige Epileptiker.

b. „ „ „ Idioten.

c. „ „ gewerbl. beschäftigte halberwachsene und erwachsene Kranke.

d. Oekonomiegebäude.

e. Irrenpflege-Abtheilung mit Abtheilung für blödsinnige Kinder.

f. Kranken- und Siechenhaus.

Bei diesem Entwurf ist von der äusserlich bestechenden Unterbringung der Kranken in kleinen Pavillons abgesehen, hauptsächlich weil die so nothwendige strenge Ueberwachung von Kranken und Personal dadurch in hohem Grade erschwert ist. Ein wesentlicher Vorzug dieses combinirten Verpflegungsmodus liegt darin, dass sich derselbe in der verschiedensten Weise an die jeweils schon vorhandenen Anstalten für Idioten, Epileptiker oder auch Irrenpflegeanstalten anschliessen lässt; dass für die beiden Krankenkategorien der ärztliche, Verwaltungs- und Lehrapparat gemeinsam ist. Und auch bei Neugründungen im Sinne der vorgezeigten Skizze müssen nicht sämmtliche hier vorgesehene Gebäude gleich anfangs errichtet werden; z. B. werden sich in den ersten Jahren die halberwachsenen Idioten und Epileptiker in besondere Abtheilungen der Häuser für Schulpflichtige unterbringen lassen.

Der Hauptvortheil aber dieser Art der Fürsorge wird der sein, dass sich die staatlichen Verbände eher entschliessen werden, die Sache in die Hand zu nehmen, da einer grossen Gruppe Hülfsbedürftiger zugleich hier Versorgung geschaffen wird. Staat oder Provinz[1]) werden um so eher dazu geneigt sein, weil durch die oben vorgeschlagene Combination eine Entlastung der Irrenanstalten von einer besonders störenden Klasse von Kranken erzielt wird.

Damit sind wir bei der Frage angelangt: wer hat diese Anstalten zu errichten?

Es ist Ihnen bekannt, dass die Mehrzahl der bestehenden Institute im wesentlichen Werke confessioneller Wohlthätigkeit sind, eine Thatsache, mit der man zu rechnen hat. *Pelman* hat in seinem Referat als Princip aufgestellt, dass solche Anstalten am zweckmässigsten durch private Wohlthätigkeit ins Leben gerufen und erhalten werden, selbst wenn man damit einen streng confessionellen Charakter derselben mit in Kauf nehmen müsse. Er halte den Staat nicht für fähig, ähnliche Schöpfungen zu gründen und zu organisiren. Ich glaube, meine Herren, zur Zeit liegt die Sache doch anders. Nachdem man in diesen Fragen auf eine Erfahrung von über 30 Jahren zurücksieht, ist nicht abzusehen, weshalb der Staat,

[1]) Das hier vorgeschlagene Princip der combinirten Anstalt ist auch in einer vortrefflichen Denkschrift des Landesrath *Vorster*-Merseburg vertreten: „Denkschrift betreffend die Erbauung einer Heil- und Pflege-Anstalt für Epileptiker und Idioten in der Provinz Sachsen".

oder eine Provinz, die auf dem Gebiet der Irrenpflege vielfach so grossartiges geschaffen hat, nicht auch die Fürsorge für Epileptiker und Idioten erspriesslich in die Hand nehmen und durchführen kann.

Nur der Staat resp. die Provinz wird auf die Dauer die zu einer systematischen und organischen Entwicklung der Anstalten erforderlichen Mittel gewähren können. Nur wenn der Staat die Fürsorge für unsere Kranken in die Hand nimmt, wird auch die Frage der innern Organisation in allein thunlicher Weise gelöst werden. Wir dürfen uns keinen Illusionen darüber hingeben, dass bei den Anstalten confessionellen Charakters die ärztliche Seite der Pflege stets zu kurz kommen wird.

Es kann meines Erachtens nicht scharf genug betont werden, dass den Anforderungen der ärztlichen Wissenschaft und der Humanität nur dann genügend entsprochen wird, wenn die Organisation der Epileptiker- und Idiotenasyle ganz nach der Analogie der staatlichen Irrenanstalten geschieht; wenn der Arzt an denselben die Stellung eines dirigirenden Vorstandes erhält an diesen wie an jenen.

Der Grund, der gegen die ärztliche Direction vorgebracht wurde, war der, dass bei der Einförmigkeit und Aehnlichkeit der hier zu behandelnden Krankheitsformen der Arzt auf die Dauer einen befriedigenden Wirkungskreis nicht finden könne. Auf diesen Grund hin könnte auch bestritten werden, dass dem Arzt die Leitung von Irrenpflegeanstalten zufalle.

Ich kann, auf eigne langjährige Erfahrung gestützt, sagen, dass die ärztliche Wirksamkeit an einer Epileptiker-Anstalt eine durchaus befriedigende und keineswegs einförmig ist. Schon die Krankheitsformen, welche wir unter dem Namen Epilepsie zusammenfassen, bieten Verschiedenheit in Menge nach psychischer wie nach physischer Seite hin und stellen der Beobachtung wichtige und interessante Aufgaben. Besonders sind diese Anstalten der Ort zu systematischen therapeutischen Versuchen, seien es Medicamente oder andere Heilfactoren: Hydro-Elektrotherapie etc.

Ausserdem suchen, und das ist bis jetzt ein viel zu wenig beachteter Punkt, in diesen Anstalten eine ganze Anzahl anderer Nervenkranker Aufnahme. In einem Zeitraum von 9 Jahren waren in Stetten unter den Kranken die in die Abtheilung für Epileptiker eintraten, nicht weniger als 12 pCt. nicht epileptische Nervenkranke. Das Hauptcontingent dazu stellte Hysterie; daneben waren Chorea, jugendliches Irresein und organische Erkrankung des Nervensystems vertreten. Dazu kommt noch die grosse Menge accidenteller Affectionen, namentlich das ganze Heer scrophulöser und tuberculöser Leiden. Aber das Wichtigste ist der psychiatrische Theil der Aufgabe, die wir diesen Kranken gegenüber zu erfüllen haben. Nur der psychiatrisch gebildete Arzt wird alle diese verschiedenen Anomalien auf intellectuellem und namentlich auch ethischem Gebiet, die verschiedenen oft so widerlich sich äussernden Verstimmungen verstehen und ihre richtige Behandlung einleiten können. Jeder andere Gesichtspunkt als der ärztliche muss nothwendig zu Ungerechtigkeiten und Missgriffen in der Behandlung

Digitized by Google

unserer Kranken führen. Man pflegt diese nichtärztliche Auffassung euphemistisch als moralisirende zu bezeichnen.

So liegt namentlich die Gefahr nahe, dass den Kranken in geistiger und körperlicher Arbeit zu viel zugemuthet wird.

Die hier angedeuteten Grundsätze werden nur dann in einer Anstalt wirklich durchgeführt werden, wenn der Arzt nicht blos Hülfsarbeiter des Geistlichen oder Lehrers, sondern in der That der maassgebende Leiter des Ganzen ist. Dass nun damit auch die Möglichkeit einer ausgiebigen wissenschaftlichen Verwerthung des klinischen und anatomischen Materials gegeben ist, bedarf an dieser Stelle einer weitern Ausführung nicht.

Es ist zu bedauern, dass gerade in Deutschland an den wichtigsten Anstalten für Epileptiker und Idioten der Arzt diese Stelle nicht einnimmt. In England, Frankreich und Amerika liegen die Verhältnisse viel günstiger.

Weit entfernt, formulirte Thesen über die vorliegende Frage aufstellen zu wollen, würde ich es für unsere Kranken, sowie für unsere an Epileptiker-Anstalten wirkenden Collegen mit Freuden begrüssen, wenn sich die hohe Versammlung mit aller Entschiedenheit dahin äussern würde, dass es im Interesse der Wissenschaft nicht weniger als in dem der Humanität gelegen ist, die Leitung der Epileptikerfürsorge vom Staat resp. der Provinz aus in ärztliche Hände zu legen.

Dr. *H. Laehr*-Zehlendorf als Correferent äussert, dass er sich kurz fassen könne, da das Referat in so bewährten Händen wie denen des Dr. *Wildermuth* sich befunden habe und er sich in den wesentlichsten Punkten mit ihm in Uebereinstimmung befinde. Er glaube nur einiges zur Ergänzung hinzufügen und diejenigen Punkte hervorheben zu müssen, in welchen er nicht die gleiche Ansicht theile.

Zunächst weise er darauf hin, dass eine Klärung über die Art der Fürsorge für die Epileptischen für die gegenwärtigen Verhältnisse in Preussen von erheblicher Bedeutung sei.

In Preussen sei bekanntlich durch die sogenannten Dotationsgesetze vom 30. April 1873 und 8. Juli 1875 den Provinzialverbänden die Sorge für das Irrenwesen überwiesen, die Epilepsie und Idiotie jedoch nicht darin genannt worden. Es sei erklärlich, dass als Folge davon für die letzteren wenig geschah. Dafür habe die private Wohlthätigkeit sich ihrer angenommen und namentlich seien neue Vorschläge in der Fürsorge für Epileptische zu Tage getreten, um welche auch verschiedene Mitglieder des Vereins sich hervorragende Verdienste erworben haben. Es müsse als ein grosses Verdienst des Pastors *v. Bodelschwingh* in Bielefeld angesehen werden, dass er mit grossem Eifer und hervorragender Organisationskraft ein Beispiel gegeben, wie die Vereinigung von ca. 1300 Epileptischen an einem Punkte durchführbar sei, was bis dahin ärztlicherseits nicht befürwortet war. Das öffentliche Aufsehen, welches sich dieser Fürsorge zuwandte, und die Erwärmung dafür, welche in weitere Kreise übertragen wurde, habe die Theilnahme und Aufmerksamkeit mehr als früher den Epileptischen

zugewendet. An verschiedenen Orten Deutschlands seien Vereine entstanden, welche neue Anstalten für Epileptische gründeten. Dieser Erfolg habe aber auch Gefahren mit sich gebracht, weil nunmehr in den maassgebenden Behörden, wie im Königreich Sachsen und in Vereinen die Ansicht zur Geltung gekommen sei, als ob dies jetzt noch so dunkle Gebiet der Epilepsie nicht der ärztlichen Forschung und der ärztlichen Leitung bedürfe. Solange der Staat nicht diese Fürsorge als eine öffentliche Pflicht erklärte, sondern sie der Vereinsthätigkeit überliess, musste man zufrieden sein, dass überhaupt etwas für diese Unglücklichen geschehe. Nunmehr sei ein anderes Stadium der Entwicklung eingetreten. Der brandenburgische Provinziallandtag habe am 7. Mai 1890 beschlossen, sich der Epileptischen, welche der Armenpflege anheimfielen und der Anstalten bedürften, officiell anzunehmen, aber dieser Beschluss sei an der Zustimmung einiger Kreise gescheitert, welche die dazu nothwendige Unterstützung nicht gewähren wollten. Da habe das Ministerium in Preussen dem Landtage einen darauf hinzielenden Gesetzentwurf vorgelegt, der vom Abgeordnetenhause genehmigt wurde, auch aus dem Herrenhause in etwas veränderter Form hervorging und vom Könige am 11. Juli d. J. sanctionirt wurde. Darnach sei mittels Abänderung des § 31 des Gesetzes vom 8. Mai 1871 die bisherige Befugniss der Landarmenverbände und Kreise betreffs dieser Fürsorge für die Gebrechlichen zu einer Verpflichtung umgewandelt worden. Vom 1. April 1893 an müssen Anstalten vorhanden sein, welche die im armenrechtlichen Sinne hülfsbedürftigen Epileptischen aufnehmen.

Die bisherigen Bemühungen für sie haben als Thatsache ergeben, dass selbständige Anstalten für sie möglich und am zweckmässigsten seien. Die private Fürsorge für sie habe bisher aufs Geradewohl Anstalten errichten müssen und sei nur durch die Mittel beschränkt worden, welche ihr von der Allgemeinheit als Gaben zugeflossen seien. Die Provinzen aber, welche für alle obigen Bedürftigen zu sorgen und noch 1½ Jahre Zeit zu den Vorbereitungen haben, können nunmehr systematischer vorgehen und ihren Plänen eine Statistik zu Grunde legen, welche noch nicht vorhanden sei, die man aber zu erhalten suchen muss. Man organisire ja anders, wenn man z. B. für 100 als für 1000 Kranke sorgen müsse! Für die Provinz Brandenburg sei eine Zählung der Epileptischen durch die Diöcesen 1884 vorgenommen worden, welche sich aber bei näherer Besichtigung als unbrauchbar erwiesen habe. Corref., welcher als Arzt dem Kreise Teltow angehöre und Mitglied des Aerzte-Vereins dieses Kreises sei, habe nunmehr mit Hülfe der übrigen Mitglieder dieses Vereins eine neue Zählung vorgenommen. Auch dies Resultat hätte sich jedoch als ein mangelhaftes gezeigt, es deckten sich dabei Fehlerquellen auf, die bei einer neuen Zählung vermieden werden können. Es sei dies ein Vorgang, wie er in allen periodisch vorgenommenen Zählungen für ähnliche Zwecke vorkomme. Man erinnere sich der seiner Zeit in verschiedenen Ländern vorgenommenen Zählungen der Geisteskranken.

Digitized by Google

Corref. stimme mit dem Ref. vollkommen darin überein, dass eigene Anstalten für Epileptische zu errichten seien. Davon wolle er die dauernd geisteskranken Epileptischen ausgeschlossen wissen, man möge sie nun den Irren- oder Siechenanstalten überlassen, oder wenn ihre Zahl genügend gross sei, in eigene Anstalten unterbringen. Für die Gesammtheit der anstaltsbedürftigen Epileptischen, ausser den vorstehenden, wünscht er nach der Erfahrung aus der Entwicklung der Irrenanstalten Neubauten in Pavillonform, in ländlicher Umgebung und mit ausgiebigem Terrain, um die Kranken in entsprechende Gruppen einzutheilen, von einander geräumig zu trennen und geeignet zu beschäftigen. Unter diesen Pavillons erhebe sich eine Erziehungsanstalt für entwicklungsfähige und in der Regel schwer zu erziehende epileptische Kinder, der sich andere Pavillons für die anreihen, welche zu ihrer ärztlichen Behandlung einer Anstaltspflege bedürfen. Am besten würde allerdings eine selbstständige Erziehungsanstalt wirksam sein.

Die Erfahrung habe schon jetzt gelehrt, dass die Anstaltshygiene in der Regel die beste Grundlage für die ärztliche Behandlung Epileptischer sei. Diese neuen Anstalten, welche man als Heilanstalten bezeichnen möge, obgleich sie natürlich auch viele Unheilbare aufnehmen werden, seien von beschränkenden baulichen Einrichtungen möglichst frei zu halten; ohne diejenigen auszuschliessen, welche vorübergehend von geistiger Störung heimgesucht würden und für welche bei kurzen Anfällen psychischer Störung Isolirräume einzurichten seien. Diesen Anstalten möchte er für die Einrichtungen den Charakter der sogenannten offenen Kuranstalten beibehalten wissen. Um so mehr sei dann zu hoffen, dass sie auch von solchen Epileptischen zur Heilung aufgesucht würden, welche noch nicht von geistiger Verblödung heimgesucht seien. Ebenso möchte er von der Erziehungsanstalt der epileptischen Kinder die Idiotenanstalten getrennt wissen, für beide würde dann Unterricht und Erziehung fruchtbarer gestaltet werden können. Sowohl in den Abtheilungen für Erwachsene wie in denen für Kinder werden Uebergangsformen nicht zu vermeiden sein, aber wenn die Heil- und Pflegeanstalten, obgleich getrennt, in steten Beziehungen zu einander stehen, so würde es in den von einander getrennten Anstalten nicht schwer sein, für epileptische Kinder und Idioten den geeignetsten Ort für jeden einzelnen Fall zu ermitteln.

In einer so schweren Krankheitsform, wie die Epilepsie, für welche jetzt immer häufiger therapeutische Mittel zugängig werden, sei für die sogenannten Heilanstalten die ärztliche Leitung erforderlich, für die Pflegeanstalten erwünscht.

Corref. concentrirt seine auf Erfahrung gestützten Ansichten in folgenden Sätzen:

1. Eine statistische Zählung der Epileptischen nach Alter, Geschlecht, psychischem und körperlichem Zustande und ihrer Unterstützungsbedürftigkeit ist, wo eine öffentliche Fürsorge bereitet werden soll, zunächst vorzunehmen.

Digitized by Google

2. Für die der Anstalt Bedürftigen, wozu im Allgemeinen die schulpflichtigen Kinder gehören, sind selbständige Anstalten mit freiwilliger Aufnahme und unter ärztlicher Leitung zu errichten.

3. Die chronisch-geisteskranken Epileptiker sind im Besonderen den Irren- oder Siechenanstalten zur Pflege ferner zu überlassen oder in selbstständigen Anstalten in ländlicher Umgebung unterzubringen.

4. Die Idioten sind von den der Erziehung und des Unterrichts bedürftigen epileptischen Kindern möglichst zu trennen und in besonderen Anstalten wie bisher unterzubringen.

Discussion. Herr *Pelman*-Bonn schliesst sich den Ausführungen des Referenten an und erklärt, dass er seine früheren Ansichten seither geändert habe. Er sei jetzt der Ansicht, dass der Staat zur Uebernahme der Epileptikerpflege am geeignetsten sei und die zu errichtenden Anstalten unter ärztlicher Leitung zu stellen seien.

Zinn sen.-Eberswalde: Das vorzügliche, streng objectiv gehaltene Referat des Herrn *Wildermuth* hat in allen wesentlichen Punkten bisher Zustimmung gefunden. Soweit abweichende Stimmungen geäussert wurden, betreffen dieselben nur ganz untergeordnete Punkte, deren zweckmässige Regelung von örtlichen Verhältnissen abhängig ist und nach diesen sich richten muss. Mit den Collegen *Laehr*, *Pelman*, *Jolly* stimme auch ich — und das ist der Schwerpunkt der ganzen Frage — mit dem Referenten darin überein, dass die Anstalten für Epileptische vom Staate zu errichten sind, wie die Irrenanstalten unter ärztliche Leitung gestellt und wie diese organisirt werden müssen. Die Epileptischen sind Kranke, die für sie bestimmten Anstalten Krankenanstalten, welche — sollen sie ihren Zweck erfüllen — wie jede andere Krankenanstalt der ärztlichen Leitung nicht entbehren können. Gegenüber von Bestrebungen, welche gegenwärtig mit besonderem Nachdruck sich geltend machen, ist es unsere Pflicht, zu der Frage klar und bestimmt Stellung zu nehmen. Die Gründe für unsern Standpunkt hat der Referent heute hier und früher wiederholt an anderen Orten erschöpfend und überzeugend dargelegt und verzichte ich deshalb, näher darauf einzugehen. Nur wenige Bemerkungen seien mir gestattet. Wohin die von mir oben erwähnten Bestrebungen zielen, ersieht man unter anderem daraus, dass im vorigen Jahre an einer Irrenseelsorger-Conferenz die Frage behandelt wurde: „Was kann die freie christliche Liebesthätigkeit für diejenigen Irren thun, welche von den Aerzten als hoffnungslos aufgegeben sind?“ In dem Sinne, wie Herr Pastor *von Bodelschwingh* hier meint, geben wir Aerzte keinen Kranken als „hoffnungslos“ auf, dagegen verwahren wir uns entschieden. Auch der von uns für unheilbar befundene hülfsbedürftige Kranke bleibt Gegenstand der ärztlichen Fürsorge, so lange er lebt. Die seinem Krankheitszustande angemessene Pflege, Ernährung, Beschäftigung u. s. w. kann nur vom Arzte — der allein besitzt die dazu erforderliche Kenntniss und Erfahrung — bestimmt werden. Nur so können die Leiden

Digitized by Google

des unheilbaren Kranken gemildert, nur so kann sein Zustand erträglicher gestaltet und die Umgebung eines gefährlichen Kranken vor diesem und dieser gegen sie selbst geschützt werden. Wir Aerzte weisen die „freie Liebesthätigkeit“ nicht zurück, wir nehmen ihre Mitwirkung gern und dankbar an. Wir anerkennen gern die Hingebung, den Eifer und die Ausdauer des Herrn *von Bodelschwingh*, aber die Art der Verwendung der Liebesgaben müssen wir im Interesse der Kranken, welchen sie dienen sollen, entschieden bekämpfen. Die „freie christliche Liebesthätigkeit“ kann doch nur dann Segen bringen, wenn sie sich in den Dienst einer rationellen Krankenpflege stellt, wenn ihre Mittel verwendet werden, um den Kranken die Behandlung und Pflege zu theil werden zu lassen, wie solche von der Wissenschaft und Erfahrung gefordert werden. Im andern Fall wird die freie Liebesthätigkeit nicht aufklären und belehren über die Natur dieser Krankheiten, sie wird das traurige Loos dieser Kranken thatsächlich nicht erleichtern, nicht bessern. So wohlwollend und selbstlos die freie Liebesthätigkeit auch sein mag, so drängen sich doch — und das liegt in der menschlichen Natur — mit der Zeit bewusst und unbewusst von dem ursprünglichen Ziele abweichende Nebenzwecke leicht ein und beherrschen schliesslich das Ganze. Ja, wenn die Richtung, welcher wir heute entgegenzutreten gezwungen sind, noch weiter Boden und Ausdehnung gewinnen sollte, dann müsste allerdings die Wissenschaft umkehren. Unsere Pflicht ist es, nach bestem Wissen das Interesse der Kranken zu wahren und, so viel an uns liegt, zu sorgen, dass auch den an Epilepsie leidenden Kranken eine dem heutigen Stand der Wissenschaft und Erfahrung entsprechende Pflege und Behandlung zu theil wird. Dass diese Kranken der mit ihrem jeweiligen Krankheitszustand verträglichen und ihm angepassten Seelsorge nicht entbehren sollen, wird von Niemand bestritten.

In Uebereinstimmung mit den Ausführungen des Referenten schlage ich Ihnen folgende Resolution zur Annahme vor:

Der Verein der deutschen Irrenärzte erklärt: die Anstalten für Epileptische sind vom Staate zu errichten, dieselben müssen im Interesse der Humanität und der Wissenschaft unter ärztliche Leitung, wie die Irrenanstalten, gestellt und wie diese organisirt werden.

Zum Schluss spreche ich, und glaube ich mich dabei Ihrer Zustimmung sicher, dem Collegen *Wildermuth* Dank und Anerkennung aus für seinen heutigen Vortrag und für sein ganzes bisheriges Wirken zu Gunsten einer angemessenen Fürsorge für die Epileptischen und Idioten. Ich danke ihm ganz besonders für die Umsicht, die Sachkenntniss, die Ausdauer und für die Mässigung, womit er trotz der Ungunst der äusseren Verhältnisse für diese armen Kranken eingetreten ist, und für die Opfer, welche er der von ihm und uns vertretenen Sache bislang gebracht hat.

Herr *Siemens*-Lauenburg: Ich kann meinem geehrten Herrn Vorredner nur zustimmen. Ich bitte Sie dringend, lassen Sie uns in unserm Beschlusse betonen, dass die Leitung der Anstalten für epileptische Kranke in ärztlicher

Digitized by Google

Hand liegen müsse. Wir verkennen nicht die Verdienste, welche die werkthätige Liebe unter geistlicher Leitung sich um diese Unglücklichen erworben hat, aber wir können die aggressive Art, wie die geistlichen Leiter dieser Anstalten jetzt vorgehen, nicht stillschweigend hinnehmen. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Bestrebungen dahin gehen, die Aerzte aus den betreffenden Anstalten ganz zu verdrängen. Sie sind jetzt nur geduldet darin, widerwillig lässt man sie einige Male wöchentlich kommen, um das Allernöthigste zu besorgen. Arzeneien von mächtiger Wirkung (Bromkali z. B.), andere chirurgische Verrichtungen lässt man durch die Diakonissen vertheilen, beziehungsweise besorgen, der Arzt ist für die specielle Behandlung der psychisch krankhaften Erscheinungen überflüssig. Verdienstvolle, aber unbequeme Aerzte werden verdrängt. Ich kann aus meiner eigenen amtlichen Erfahrung die Thatsache anführen, dass der geistliche Leiter einer derartigen Anstalt sich vom Amtsgericht hat als Sachverständiger bei dem Entmündigungsverfahren über den Geisteszustand eines Epileptikers vernehmen lassen. Er erklärte im Eingang des Protocolls, dass er in der Lage sei, über den Geisteszustand dieser Kranken ein sachverständiges Gutachten abzugeben und hat das in seiner Weise auch wirklich gethan. Das Gutachten lag dem Medicinalcollegium zur technischen Revision vor und ich habe als Referent den nöthigen Bericht an den Herrn Minister dazu gemacht. Ich will damit nur einen kleinen Beitrag dazu liefern, dass wir alle Ursache haben, auf dem Posten zu sein. Es gehen die aggressiven Bestrebungen auch gegen die Irrenanstalten vor: sehen wir zu, dass wir nicht ein Gebiet verlieren, auf welches wir legitimen Anspruch haben. Ich kann nur wiederholen, beschliessen Sie einstimmig nach den Vorschlägen von *Zinn*.

Herr *Jolly* möchte unter Bezugnahme auf seine frühere Veröffentlichung über den Gegenstand betonen, dass er im wesentlichen mit den Ausführungen des Herrn Referenten übereinstimme. Differenzen bezögen sich, wie schon Herr *Zinn* betont habe, vorwiegend auf örtliche Verschiedenheiten. Es komme namentlich in kleineren Staaten und Verbänden in Frage, die dauernd pflegebedürftigen Epileptiker gemeinsam mit anderen Unheilbaren in Siechenanstalten unterzubringen. Ferner werde es immer nöthig sein, die Kranken, welche nur vorübergehender Hospitalisirung bedürfen, in besondere Abtheilungen, eventuell in Irrenabtheilungen städtischer Spitäler aufzunehmen. In allen Fällen aber müsste, wie dies der Herr Referent betont habe, jeder Epileptiker als Kranker behandelt werden und zwar durch denjenigen, dessen Beruf die Krankenbehandlung sei, nämlich den Arzt.

Herr *Schäfer*-Lengerich: Ich bin zufällig in der Lage einen kleinen Beitrag zur Statistik der Epileptikerfürsorge liefern zu können. Die Provinz Sachsen hat das Verdienst, schon eher vorbereitende Schritte zur Uebernahme der Fürsorge für die Epileptiker und Idioten gethan zu haben, als das Gesetz über die ausserordentlichen Armenlasten beschlossen wurde.

Digitized by Google

und nach Allem scheint es, dass sie diese Aufgabe in mustergültiger Weise angreift. Nachdem eine frühere Zählung des kgl. Oberpräsidiums der Provinz 0,462‰ anstaltsbedürftige Epileptische und Idioten auf die Bevölkerung ergeben hatte, hat der Landesdirector eine neue Zählung veranlasst, bei welcher sich das Verhältniss anstaltsbedürftiger Epileptiker und Idioten auf 0,737‰ herausstellte. (Die Zahl der überhaupt in der Provinz Sachsen vorhandenen Epileptiker und Idioten stellt sich nach der älteren Zählung auf 1,118‰, nach der letzten auf 1,609‰.)

Was aber die Frage der Leitung der für diese Kranken bestimmten Anstalten betrifft, so darf ich erwähnen, dass uns in der Provinz Westfalen die Bestrebungen, welche von geistlicher Seite ausgegangen sind, in die Domaine der Aerzte einzugreifen, besonders nahe berühren. Wenn wir in dieser Beziehung unsern Standpunkt öffentlich erklären wollen, so dürfte es sich vielleicht empfehlen, dabei den Ausgangspunkt zu berücksichtigen, von welchem die gegnerische Seite ausgeht. Jene geistlichen Herren behaupten, dass sie in den von Aerzten geleiteten Anstalten in ihrer Wirksamkeit gehindert seien. Dem gegenüber möchte ich anheimgeben, zugleich auszudrücken, dass wir selbstverständlich der berechtigten seelsorgerischen Wirksamkeit der Geistlichen bei unseren Kranken durchaus nichts in den Weg zu legen beabsichtigen.

Herr *Paetz*-Altscherbitz beleuchtet die Unzuverlässsigkeit jeder auch noch so sorgfältig vorbereiteten statistischen Aufnahme gelegentlich der Erwähnung eines Specialfalles, in welchem ein Amtsvorsteher „die Epileptiker und Idioten behufs ihrer Zählung auffordert, sich zu melden“. Er bemerkt ausserdem, dass in der Provinz Sachsen vorbehaltlich späterer Beschlussfassung seitens des Provinzial-Landtages die Errichtung einer Anstalt für 600 Epileptiker und Idioten in Aussicht genommen ist, in welcher möglichst auch die chronisch epileptischen Irren aus den bestehenden Provinzial-Anstalten untergebracht werden sollen.

Herr *Wildermuth*-Stuttgart dankt für die freundliche Zustimmung zu seinem Referate und bittet um einen formellen Beschluss.

Der einstimmig angenommene Beschluss lautet: Der Verein deutscher Irrenärzte erklärt: die Anstalten für Epileptische müssen im Interesse der Humanität und der Wissenschaft, wie die Irrenanstalten, unter ärztlicher Leitung stehen und wie diese organisirt werden.

6. Gegenwärtiger Stand der Aphasie-Frage. Ref. *Moeli*-Berlin, *Wernicke*-Breslau.

Der Vorsitzende schlägt vor, den Vortrag des Herrn *Sommer* vor der Discussion anzuhören. Die Versammlung stimmt zu.

Ref. *Moeli* erwähnt in einer kurzen Einleitung der seit den *Fritsch-Hitzig*'schen Untersuchungen, also in den letzten zwei Jahrzehnten, vollendeten wichtigeren Arbeiten von *Wernicke*, *Kussmaul*, *Lichtheim*, *Grashey*.

Digitized by Google

Er berührt das von Herrn *Wernicke* gegebene Schema und die gegen die Eintheilung und Benennung sich ergebenden Einwendungen.

Er seinerseits stellt den Sprachvorgang bezw. die Wortbildung schematisch in dem Sinne dar, dass er vor allen Dingen auf die erhebliche Verschiedenheit der Wort- und Schriftsprache Gewicht legt und weiterhin eine wesentliche Betheiligung auch der zu dem „Wortklang" in Beziehung stehenden Elemente auch bei der „Wortbewegung" annimmt. Die von ihm angenommenen Felder und Linien stellen blos physiologisch zusammengehörige Einheiten vor, eine Uebertragung derselben auf bestimmte Gehirntheile ist damit nicht beabsichtigt. Dementsprechend wählt der Vortragende die Benennungen auch nicht nach anatomischen Verhältnissen, sondern spricht blos von „Wortklang"- und „Wortbewegungs"-Störungen. Bei mangelhafter Uebertragung von und zu dem Wortklangfelde, spricht er einfach von Wortklang-Begriff-Störung und umgekehrt.

Die Erlernung des Wortgebrauchs geschieht zunächst unter fortwährender Controlle durch das Ohr und Vergleichung des hervorgebrachten Klangbilds mit dem Begriff. Bei der Buchstabensprache werden die bisher gewonnenen Wörter mit den neu erlernten Buchstaben in Verbindung gebracht. Von der Unversehrtheit jedes der drei zum Buchstaben vereinigten Elemente (Bild-, Klang- und Bewegungselement) ist der Gebrauch der Buchstabensprache abhängig. Beinträchtigung des Wortklang- oder Wortbewegungsfeldes im Ganzen führt daher zu Alexie und Agraphie.

Die Vorgänge beim Sprechen und Nachsprechen, beim Sprach- und Schriftverständniss sind aber sehr verschiedene Leistungen des Organismus und deshalb leiden sie keineswegs gleichmässig. Die schwierigen, besonders auch das Zusammensetzen der Buchstaben zu Worten, sind am ehesten verändert. Hierher gehört z. B. die Dyslexie. Besonders gangbare Verbindungen, oder die Erhöhung des Reizwerths erhält andererseits einzelne Leistungen. (Vaterunser-Affectsprache.) Durch äussere oder innere Vorgänge entstehende Reize sind nicht als gleich wirksam anzusehen. Dieselben können sich auch summiren, z. B. Bewusstwerden von Benennungen mit Hülfe des Schriftbilds — Lesen von Schriftzeichen unter Beihülfe der Schreibbewegungsvorstellung. — Ref. glaubt, dass der ursprüngliche Verlauf der Erregung bei der Worterzeugung vom Begriffe über den Wortklang auch später inne gehalten würde. Die Paraphasie ist für diese Frage von besonderem Interesse. Die hochgradige Störung der Wortbewegung bei Störung der Wortklangthätigkeit ist unverkennbar und führt zum Theil zu fast vollständiger Aufhebung der Wortbildung. Hier ist eine im motorischen Gebiete zum Ausdruck kommende Störung abhängig von der Veränderung der Thätigkeit des sensorischen Elements und sonach die Grenze zwischen motorischer und sensorischer Aphasie nicht aufrecht zu erhalten.

Die Wortbewegungsvorstellungen sind für unser Bewusstsein als von den Wortklängen unabhängig für die grosse Mehrzahl der Menschen nicht nachzuweisen (wahrscheinlich in Folge der ursprünglichen Entstehung im

Digitized by Google

Anschluss an den Klang). Sie mögen trotzdem pathologisch gesteigert in einzelnen Sinnestäuschungen besonders hervortreten. Immerhin ist die „Wortklang"-Thätigkeit die bedeutungvollste, ihre Störungen machen sich nicht nur in Wort- und Schriftverständniss, sondern auch in dem Gebrauche des Sprech- und Buchstabenwortes deutlich bemerklich. Auch für die Prozesse des Vorstellungslebens muss ihr Wegfall von grösster Bedeutung sein. Die für individuelles präcises Denken erforderliche Ausprägung in Worten, wird bei ihrer Beeinträchtigung Schaden leiden und so kann man die Wortklangthätigkeit in gewissem Sinne als den Mittelpunkt für den Wortapparat darstellen.[1])

Herr *Wernicke*-Breslau verzichtet auf das Correferat.

Sommer-Würzburg: Reichen die Localisatonstheorien zu Erklärung der bisher beobachteten Sprechstörungen aus?

Der Vortragende ging von der Thatsache aus, dass in neuerer Zeit im Vertrauen auf die Richtigkeit der Localisationsschemata Geisteskranke operirt worden sind. *Burkhard* hat bei Hallucinationen Exstirpationen im Bereiche der *Wernicke*'schen und *Broca*'schen Windungen vorgenommen, hat ferner versucht, associative Vorgänge durch Anlegung von „Gräben" am Gehirn zu verhindern.

Um in dieser Beziehung zur kritischen Besonnenheit zu mahnen, sucht *Sommer* die enormen Schwierigkeiten aufzudecken, welche sich der Erklärung mehrerer wohl beschriebener Sprachstörungen vermittelst der Localisationsschemata entgegenstellen. Der Kürze der Zeit wegen beschränkte sich der Vortragende auf die Besprechung eines von ihm in der Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane Bd. II, S. 144—163 beschriebenen Falles. Es ist dies derselbe, welcher im Jahre 1885 von *Grashey* in der Arbeit „Ueber Aphasie und ihre Beziehung zur Wahrnehmung" durch die Theorie von buchstabirendem Lesen und Schreiben zu erklären versucht wurde. *Sommer* weist nach, dass zur Zeit diese Theorie zur Erklärung des Zustandes nicht mehr ausreicht, dass aber andererseits auch die Sprachcentrenlehre unzureichend ist, den Fall zu erklären. Im Anschluss an specielle Untersuchungen über begriffliche Combination, welche bei dem Kranken gemacht worden waren, kritisirte derselbe besonders das „Begriffscentrum", welches in den Veröffentlichungen über Aphasie öfter in sehr ontologischer Weise benutzt wird. Er zeigt, dass aus denselben psychologischen Gründen früher ein combinirendes Seelenorgan, wie jetzt ein Begriffscentrum postulirt worden ist, und mahnt zur Zurückhaltung bei den „physiologischen Postulaten". Am Schluss gelangte er zu folgenden Sätzen:

1. Die zur Zeit gültigen Sprachcentrenschemata reichen nicht zur Erklärung sämmtlicher bisher beschriebener Sprachstörungen aus.

2. Die Zahl der zu postulirenden Centren und Leitungsbahnen wächst mit der Bereicherung des Beobachtungsmateriales.

[1]) Ausführlich in „Berl. klin. Wochenschr. 1891 No. 48, 49".

3. In den Veröffentlichungen über Sprachstörungen ist das Hauptgewicht zunächst noch auf die Beschreibung, nicht auf die Erklärung zu legen.

4. Die psychologisch-anatomischen Deductionen und Postulate a priori verwickeln sich besonders in Bezug auf das Begriffscentrum in solche Widersprüche, dass dieselben bei der Analyse der Sprachstörungen nur mit grösster Vorsicht gebraucht werden dürfen.

5. Der Hauptwerth der über den Sprachvorgang aufgestellten Schemate liegt darin, dass sie einen Anhaltspunkt für die Untersuchung der Sprachstörungen bieten.

6. Es ist wünschenswerth, dass ein viel umfassenderes psychologisches Schema als Leitfaden bei der Untersuchung der Sprechstörungen benutzt wird, als es die Sprechcentrenschemata bieten.

7. Es ist wünschenswerth, dass entsprechend der von *Grashey* gegebenen Anregung bei der Beobachtung von Sprachstörungen besonders die Succession der Vorgänge und ihr zeitlicher Ablauf in Betracht gezogen werde.

8. Die Einführung der in der Psychophysik ausgebildeten zeitmessenden Methoden in die Untersuchung der Sprachstörungen, speciell bei verlangsamter Wortfindung, ist anzustreben.

9. Die topische Diagnostik der Gehirnläsionen ist als reine Erfahrungswissenschaft völlig unabhängig von den zur Erklärung der Thatsachen aufgestellten Theorien.

10. Die Operationen am Gehirn von Geisteskranken, speciell bei Hallucinanten, entbehren der sicheren wissenschaftlichen Grundlage und sind schon deshalb, ganz abgesehen von der völligen Nichtigkeit der bisherigen Resultate, zu unterlassen.

Discussion. Herr *Grashey*-München. Herr *Sommer* hat die Frage, ob die Localisationstheorien zur Erklärung der bisher beobachteten Sprachstörungen ausreichen, verneint. Ich kann ihm in dieser Beziehung beistimmen im Hinblick auf den Fall von Aphasie, den ich vor 6 Jahren beschrieb und auf eine Störung des Gedächtnisses zurückzuführen suchte. Herr *Sommer* hat denselben Fall jetzt nach 6 Jahren wieder untersucht, findet aber, dass die gegenwärtigen Symptome auf die gleichfalls noch vorhandene Störung des Gedächtnisses nicht zurückgeführt werden könnten, ohne dass er deshalb die Richtigkeit der damaligen Erklärung bezweifeln wolle. Ich würde ebenfalls nicht wagen nach einer neuen Untersuchung des Kranken, den vor 6 Jahren erhobenen Befund zu corrigiren. Ich wage auch nicht, aus meinen vor 6 Jahren gemachten Beobachtungen mir jetzt einen Schluss auf die Richtigkeit von *Sommer*'s Beobachtungen zu erlauben. Da man aber nun doch glauben könnte, dass der von mir behauptete Zusammenhang der Sprachstörung und der Gedächtnissstörung zweifelhaft sei, so möchte ich darauf hinweisen, dass damals ein Experimentum crucis dadurch

Digitized by Google

sich ergab, dass der Kranke seine Gedächtnissstörung vorübergehend verlor und damit ebenfalls vorübergehend seine volle Sprachfähigkeit wieder gewann. Hierauf lege ich viel grösseren Werth als auf meine damaligen Versuche, die Sprachstörung zu erklären. Wenn ich jetzt Herrn *Sommer*'s Ausführungen beurtheilen sollte, würde ich verlangen, den Kranken vorerst untersuchen zu dürfen. Bemerken will ich nur, dass die von Herrn *Sommer* in der Untersuchung eingeführte „totale Fesselung" des Kranken vielleicht nicht so frei von Nebenwirkungen ist, als sie scheint. Wenn der Kranke genöthigt ist, die Zunge vorgestreckt zu halten, so kann diese ihr auferlegte Thätigkeit möglicherweise auch die Sprachstörungen beeinflussen. Bei manchen Kranken wenigstens kann man nachweisen, dass ihnen eine ganz einfache Bewegung nicht gelingt, wenn sie gleichzeitig eine andere auszuführen haben.

Herr *Wernicke*-Breslau. Den zum grossen Theil rein philosophischen Ausführungen des Herrn *Sommer* vermag ich nicht zu folgen; ich beschränke mich darauf, wenn er behauptet, es würden immer neue Bahnen und Centren zur Erklärung neuer Fälle von Aphasie nothwendig, ihm zu erwidern, dass er allerdings solche neue Bahnen zur Erklärung seines Falles construirt hat, dass ich aber bestreiten muss, dies sei anderweitig in der Weise, wie Herr *Sommer* es schildert, geschehen.

Ausserdem möchte ich constatiren, dass wir nun den zweiten Fall sogen. *Grashey*'scher Aphasie zu hören bekommen haben. Meines Wissens wenigstens ist in den 6 Jahren, welche seit der Veröffentlichung *Grashey*'s verflossen sind, kein zweiter Fall derart publicirt worden. Dieser zweite Fall nun, auf den wir so lange gewartet haben, ist bemerkenswerther Weise identisch mit dem ersten und betrifft denselben Kranken, an dem *Grashey* seine schönen Beobachtungen gemacht hat. Der Fall ist also ein Unicum, eine Merkwürdigkeit, und um so merkwürdiger als nun, wie Herr *Sommer* gezeigt hat, auch die Erklärung nicht mehr zutrifft, die damals *Grashey* in so geistvoller Weise entwickelt hat. Ich will deshalb nicht bestreiten, dass früher die Deutung *Grashey*'s die richtige gewesen sein mag; obwohl ich so hochgradige Gedächtnissstörungen, wie in dem *Grashey*'schen Falle, wiederholt beobachten konnte, ohne dass die zu erwartende Folgeerscheinung, die *Grashey*'sche Aphasie vorhanden gewesen wäre. Zwischen der hochgradigen Gedächtnissstörung und der *Grashey*'schen Aphasie besteht also jedenfalls kein gesetzmässiger Zusammenhang. —

Es wundert mich, dass Herr *Sommer* aus dem seltenen Vorkommniss, das er beobachtet hat, die Berechtigung herleiten will, die durch eine überwältigende Zahl von Fällen bestätigte Localisation der aphasischen Störungen anzufechten. Es ist ganz selbstverständlich, dass das Localisationsprincip nicht das einzige ist, was hier in Betracht kommt. Wenn z. B. jemand in Folge eines Schreckes aphasisch wird, oder in Folge des Wurmreizes, wie ebenfalls beobachtet worden ist, so könnte man dies mit demselben Rechte als einen Einwand gegen die Localisation geltend machen: niemand zweifelt

Digitized by Google

daran, dass es sich hierbei um functionelle Störungen handelt. Deshalb können aber doch die gestörten Functionen irgend wo localisirt sein.

Ich möchte dann nicht unterlassen, darauf aufmerksam zu machen, dass eine gewisse Verschiedenheit bei der Associationsleitung, je nachdem sie in der einen oder der anderen Richtung in Anspruch genommen wird, durch die Erfahrung bewiesen wird. Der Begriff eines bestimmten Gegenstandes schwebt mir deutlich vor Augen, ich kann ihn ganz genau beschreiben, und dennoch kann ich mich auf den Namen desselben bei aller Mühe nicht besinnen. Der Name desselben Gegenstandes dagegen wird mir genannt und ruft unfehlbar den richtigen Begriff ins Bewusstsein. Eine ähnliche Verschiedenheit constatiren wir hinsichtlich einer fremden, uns nicht ganz geläufigen Sprache: während wir sie ohne Schwierigkeit verstehen, gelingt es uns nicht, die Klangbilder zu finden, vermittelst deren wir sie auch sprechen könnten. Zweifellos sind dies Beispiele von leichteren Anklängen bestimmter Bahnen je nach der Leitungsrichtung.

Herr *Grashey*-München. Die von Herrn *Wernicke* eben erwähnte Unfähigkeit, eine Leitungsbahn in zwei einander entgegengesetzten Richtungen zu benutzen, unterscheidet sich meines Erachtens doch in gradueller Beziehung bedeutend von der analogen Unfähigkeit des von mir beobachteten Kranken. Herr *Wernicke* wird die momentan in einer Richtung rechtleitende Bahn sofort benutzen können, wenn man ihm das fehlende Wort sagt; der Kranke aber konnte sie nicht benutzen, mochte man ihm das fehlende Wort so und so oft gesagt haben.

7. Therapeutische Verwerthung der Hypnose in Irrenanstalten. Ref. Prof. Dr. *Binswanger*-Jena.

M. H.! Bei der vorgeschrittenen Zeit werde ich mich darauf beschränken müssen, Ihnen das Ergebniss meiner Forschungen über den zur Discussion gestellten Gegenstand in der Form zusammenfassender Schlussfolgerungen mitzutheilen, an welche ich einige erläuternde Bemerkungen knüpfen werde.

1. Die wissenschaftliche Erforschung des Hypnotismus gehört fast ausschliesslich in das Arbeitsgebiet des Psychiaters; die Irrenärzte sind demgemäss nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet — um unrichtige und mystische Anschauungen über diesen Gegenstand dauernd zu beseitigen — hypnotische Versuche in den Irrenanstalten auszuführen. Doch ist es nothwendig, hierbei die grösste Vorsicht bezüglich der Auswahl der Versuchspersonen und Anordnung der Versuche walten zu lassen, um hypnotische Hausepidemien zu vermeiden.

Dem Eingangssatze habe ich nur wenig zur Erläuterung hinzuzufügen. Denn darüber werden wir wohl alle einig sein, dass seit den wissenschaftlichen Forschungen *Heidenhain*'s, *Grützner*'s, *Charcot*'s, *Bernheim*'s, *Forel*'s, des Herrn Correferenten u. A. die Bedeutsamkeit dieser eigenartigen Vorgänge für die Erklärung physiologischer und pathologischer Erscheinungen

Digitized by Google

ausser Frage gestellt ist. Wir sind äusserst arm an Untersuchungsmethoden, welche uns einen Aufschluss über die complicirten Verrichtungen unseres Nervensystems, insbesondere über die noch räthselhaften Einwirkungen seelischer Vorgänge auf körperliche Zustände gewähren können. Wir werden deshalb jeden neuen Weg der Forschung mit Freude begrüssen, besonders, wenn derselbe uns die Möglichkeit erschliesst, gewissermaassen experimentell vorzugehen. Denn, wenn auch die Natur des hypnotischen Zustandes psycho-physiologisch noch völlig unaufgeklärt ist, so sind wir doch heutzutage über die Bedingungen und Methoden, welche denselben bewirken können, um ein gut Theil besser unterrichtet. Es ist mir zwar zweifellos, dass die älteren physikalischen [1]) hypnogenen Mittel thatsächlich ohne jede Suggestion den hypnotischen Zustand herbeiführen können und deshalb die moderne Betrachtungsweise, welche besonders durch *Bernheim*, *Forel* u. A. wissenschaftlich vertreten wird, einen zu einseitigen Standpunkt darstellt. Doch ist für die psychologische Erforschung des hypnotischen Zustandes die Suggestivmethode zweifellos vorzuziehen, weil die Art der hypnotischen Beeinflussung die Tiefe des hynotischen Schlafes, das Auftreten dieser oder jener hypnotischen Erscheinungen auf diesem Wege bis zu gewissem Maasse vom Willen des Experimentators abhängig ist. Und so wird es möglich die Versuchsbedingungen vorher genauer festzustellen und aus dem Versuchsergebniss gewisse Schlüsse auf die inneren seelischen Vorgänge, welche hierbei mitgewirkt haben, ziehen zu können. Derartige Untersuchungen sind in der modernen Literatur des Hypnotismus zahlreich ausgeführt worden, doch wird jeder, welcher ohne Voreingenommenheit und mit einiger Kenntniss der physiologischen Psychologie diese Untersuchungen durchmustert, sich sagen müssen, dass die Mehrzahl dieser Untersuchungen theils auf ungenauen unkritischen Beobachtungen beruhte, theils zu ganz unklaren metaphysischen Schlussfolgerungen geführt hat. Hier wird der Psychiater entschieden mit der Aussicht auf positiven wissenschaftlichen Gewinn ein grosses Arbeitsfeld finden. Es gilt vorerst gesicherte Thatsachen zu sammeln, dieselben eingehend zu beschreiben

[1]) Wie ich aber schon früher (Therapeutische Monatshefte 1889, Jan. S. 1) hervorgehoben habe, ist es ein Irrthum zu glauben, dass erst die „neuere" Nancy'er Schule die Wichtigkeit der Suggestion d. i. der Erweckung der Schlafvorstellung für das Zustandekommen der Hypnose richtig erkannt hat; sowohl der Abbé *Faria*, als besonders der Marquis de *Puységur* haben ausschliesslich durch Suggestionsbeeinflussung hypnotisirt und letzterer auch in seinen Schriften die Bedeutsamkeit dieser Methode dargelegt. Bekanntlich hat *Liébeault*, der Begründer der Nancy'er Schule, seine ersten Kenntnisse über den Hypnotismus aus der Schule *Puységur*'s geschöpft. Da diese meine früheren historischen Darlegungen bislang von den Vertretern der Nancy'er Schule kaum beachtet sind, so hielt ich es nicht für überflüssig an dieser Stelle nochmals darauf hinzuweisen. —

Digitized by Google

und psychologisch zu analysiren. Wenn ich nur ein Beispiel hier erwähnen soll, um die innigen Beziehungen der hypnotischen Erscheinungen zu gewissen psycho-pathologischen Vorgängen zu beleuchten, so möchte ich auf die höchst interessanten Erscheinungen der sogenannten negativen Hallucinationen einerseits und die eigenthümlichen Zustände bei Paranoikern mit vorwaltend hypochondrischen Wahnvorstellungen andrerseits, hinweisen. In gleicher Weise wie der Patient auf Grund pathologischer Denkvorgänge, entweder einzelne Theile seines Körpers umgewandelt oder vernichtet glaubt und alle Empfindungen an oder mittelst dieses Körperorgans als verändert oder nicht vorhanden erklärt, in gleicher Weise können wir an der hypnotisirten Person die Ausschaltung motorischer, sensibler u. s. w. Vorgänge künstlich erzeugen. Oder die Wahnidee, in andere Persönlichkeiten oder Thiere verwandelt zu sein, lässt sich, wie besonders die Versuche von *Charles Richet* gezeigt haben, bei gewissen Versuchspersonen experimentell demonstriren. Doch darf nie vergessen werden, dass der Macht des Experimentators für die überwiegende Mehrzahl der Fälle eine bestimmte Grenze gesetzt ist, über welche hinaus sein Einfluss auf die psychischen Vorgänge der Versuchsperson vermöge der selbstthätigen associativen Weiterentwickelung suggerirter Vorstellungen nicht reicht. Es treten hemmende Vorstellungen auf, welche den Einfluss der Suggestion paralysiren, oder aber es werden die suggerirten Vorstellungen weiter verarbeitet und führen zu Vorstellungscomplexen und Willenshandlungen, welche der ursprünglich suggerirten Vorstellung inhaltlich wohl verwandt sind, jedoch keineswegs eine blinde automatenhafte Einimpfung dieser ersteren in die Versuchsperson darstellen. Es lassen sich diese Erfahrungen am besten beim Studium der posthypnotischen Erscheinungen[1]) sammeln. Wenn ich z. B. einer hysterisch Geisteskranken im hypnotischen Schlaf suggerirte, sie würde eine Stunde schlafen und nach dem Aufwachen die Krankenschwester um einen Briefbogen bitten, so schlief die Kranke thatsächlich eine Stunde, wachte spontan auf und sagte nach kurzer Zeit zur Schwester, „ich möchte einen Brief schreiben". Nach der Ursache dieses Wunsches befragt, weiss sie keinerlei Aufklärung zu geben; vor allem ist die das Verlangen zum Briefschreiben auslösende suggerirte Vorstellung des Briefbogens der Kranken nicht gegenwärtig. Diese Thatsachen beweisen uns, dass ein nackter Automatismus, eine directe messbare und vorauszubestimmende Wechselwirkung zwischen der Suggestion und den ihr entspringenden psychischen Vorgängen nicht

[1]) Gelegentlich der Discussion meines Vortrages auf der Frankfurter Versammlung unseres Vereins 1887 bemerkte ich auf eine Anfrage, dass mir die posthynotischen Erscheinungen bislang nicht gelungen seien. Ich habe im Laufe der letzten Jahre diese Lücke in meinen Erfahrungen über die hypnotischen Erscheinungen ausfüllen können, indem ich mehrere Fälle untersuchte, welche dieselben in vollkommenster Weise darboten.

Digitized by Google

vorhanden ist, wenigstens für die Mehrzahl der Fälle[1]); und dass demgemäss der Einfluss, welchen die suggerirte Vorstellung auf das geistige Geschehen der Versuchsperson gewinnen kann, jenseits der Berechnung des Experimentators gelegen ist.

Den Schlusssatz dieser ersten These halte ich nicht für überflüssig im Hinblick auf eigene Erfahrungen. Bekanntlich ist die Macht der psychischen Infection gerade bei den hypnotischen Zuständen von hervorragender Bedeutung und wird von den Hypnotiseurs par excellence wie *Bernheim*, *Wetterstrand* u. A. direct dazu benutzt, um das hypnotische Verfahren wirksamer zu machen und leichter zum Ziele zu gelangen. Sie lassen mit Vorliebe bei ihrer therapeutischen Anwendung der Hypnose die Kranken der hypnotischen Behandlung anderer Personen beiwohnen, um sie für die Hypnose empfänglicher zu machen. In unseren Anstalten finden wir einen abgeschlossenen Kreis von Persönlichkeiten vor Kranken und Wartepersonal, welche in enger Beziehung zu einander stehen, ihre Erfahrungen und Erlebnisse unter einander austauschen und insbesondere durch neue ihnen fremdartige und in ihrer Wirkungsweise wunderbare Vorkommnisse in eine intensive psychische Spannung gerathen. Als ich in der Mitte der achtziger Jahre zahlreiche hypnotische Versuche in meiner Klinik zum Zwecke des Studiums der hypnotischen Erscheinungen sowohl an Kranken wie an Wartepersonal ausführte, musste ich nach kurzer Zeit die Erfahrung machen, dass mir die hypnotische Bewegung in der Anstalt über den Kopf wuchs, indem die Leute sich unter einander hypnotisirten und einige besonders disponirte Personen unter dem Wartepersonal durch solche Proceduren entschieden geschädigt wurden. Die geringfügigsten Anlässe, ein Wort, eine Geberde genügten, um bei denselben protrahirte hypnotische Zustände hervorzurufen: es kamen Fälle von spontaner Hypnose auf Grund gewollter oder auch zufälliger Autosuggestion zu Stande, wodurch diese Personen zum Dienste vorübergehend unbrauchbar wurden. Das waren die Erfahrungen früherer Jahre. Ich hatte damals nicht die ingeniöse Idee *Forel's*, diese gesteigerte Suggestibilität meines Wartepersonals mir für den Krankendienst nutzbar zu machen; aber auch heute würde ich Bedenken tragen, diesen Weg zu beschreiten, aus Gründen, welche mit meinen nachstehend zu erörternden Anschauungen über die Bedeutung der Hypnose zusammenhängen.

2. Die hypnotische Behandlung und speciell die Suggestionstherapie im Sinne der Nancyer Schule ist nach den bisherigen Erfahrungen bei der Mehrzahl der Geisteskranken erfolglos geblieben. Sie birgt auch

---

[1]) Ich sehe hier ab von jenen dressirten Versuchspersonen, bei denen thatsächlich ein solcher Automatismus besteht, dass alle selbstthätige psychische Arbeit erloschen erscheint und mit blitzartiger Geschwindigkeit die suggerirte Vorstellung die vom Experimentator gewollten motorischen, sensiblen, vasomotorischen u. s. w. Vorgänge einseitig auslöst.

mannichfaltige Gefahren, indem durch fortgesetzte hypnotische Versuche bei einzelnen Kranken die bestehenden Krankheitserscheinungen verstärkt werden können.

Eine möglichst sorgfältige Durchsicht der in der Fachlitteratur niedergelegten Beobachtungen hat zu dem in dem ersten Theil dieser These ausgesprochenen Urtheil geführt, das übrigens von der Mehrzahl der sich mit dem Hypnotismus beschäftigenden Forscher getheilt wird. Speciell *Forel* äussert sich an verschiedenen Stellen in diesem Sinne; u. A. sagt er in der zweiten Auflage seiner Monographie: „Am schwersten zu hypnotisiren sind zweifellos die meisten Geisteskranken, weil der krankhafte permanente Reizzustand ihres Gehirns eine ständige bezügliche Spannung der Aufmerksamkeit auf die kranken Vorstellungen unterhält, die den Suggestionen fast alle Eintrittsthüren und alle Macht von vornherein wegnimmt [1])." Und ebendaselbst an einer anderen Stelle [2]): „Die Geisteskranken sind von allen Menschen die am wenigsten suggestiblen, schwere Geisteskranke sind es garnicht. Darin stimmen alle erfahrenen Hypnotiseurs überein . . . und gelingt es dennoch einen Geisteskranken zu hypnotisiren, so wirken die meisten Heilsuggestionen nicht oder nur vorübergehend, am allerwenigsten diejenigen, die sich gegen Wahnvorstellungen richten." Sodann möchte ich in zweiter Linie der Erfahrungen des Dr. *van Eeden* gedenken, welche er in einem Vortrage vor der holländischen psychiatrischen Gesellschaft im November 1889 [3]) mitgetheilt hat. Dieser Autor, welcher mit *van Renterghem* in Amsterdam zusammen eine Klinik für „suggestive Psychotherapie" leitet und dem im Uebrigen eine grosse Erfahrung [4]) auf dem Gebiete des Hypnotismus zu Gebote steht, spricht sich dahin aus, dass „jenseits der Grenze der Neurose", also bei der Geisteskrankheit (folie), die Suggestivtherapie nicht mehr erfolgreich sei, dass sie ohnmächtig oder nur von palliativer Wirkung von dem Augenblicke an sei, wo der Kranke an die Realität seiner subjectiven Sensationen, seiner Hallucinationen glaubt und wenn er seine „schwarze" Idee für begründet hält. Dieses Urtheil stützt sich auf die Erfahrung an 5 Fällen, vorzugsweise des Jahres 1889. *van Eeden* berichtet über einen Fall von Verfolgungswahn ohne

[1]) *Forel*: Der Hypnotismus, II. Aufl. Stuttgart 1891. S. 35, 36.

[2]) l. c. S. 101.

[3]) Revue de l'Hypnotisme, 4. année, Juin 1890 No. 12 p. 370 ff.

[4]) *van Eeden* und *van Renterghem* theilen auf dem internationalen Congress für Hypnotismus in Paris 1889 die Erfahrungen über die hypnotische Behandlung von 414 Kranken mit. Die Behandlung erstreckte sich auf: „organische Erkrankungen des Nervensystems, Neurosen, Geistesstörungen, Neuralgien, Erkrankungen anderer Apparate als des Nervensystems". In 71 Fällen wurde kein Resultat erzielt, in 92 eine leichte Besserung, in 98 Fällen eine wesentliche Besserung, in 100 Fällen Heilung. 57 Fälle konnten nicht weiter verfolgt werden.

Digitized by Google

Hallucinationen und Grössenideen, welchen er ungefähr während drei Monaten hypnotisch behandelt hat. Die Hypnose war wenig tief und die Wirkung der Suggestion wenig dauerhaft; eine vorübergehende Beruhigung war wohl das einzig Gute, was erreicht wurde. Eines Tages traf *van E.* die Patientin in einem Wuthanfall, und es gelang ihm, denselben zu coupiren, indem er den hypnotischen Schlaf herbeiführte. Es gelang ihm überhaupt, dieser Kranken die Kopfschmerzen und die abnormen Sensationen in den Genitalien zu beseitigen, aber sobald er versuchte die Kranke zu überreden, dass diese Sensationen nicht durch eine sie verfolgende Persönlichkeit verursacht seien, so schüttelte sie lächelnd den Kopf, wie wenn sie sagen wollte: was verstehen Sie davon. Die Kranke wurde einer Irrenanstalt übergeben. Mit gleichgeringem Erfolge behandelten *van Eeden* und *van Renterghem* Fälle von „idiopathischer" Melancholie, dagegen versichert *van Eeden* völlige Heilungen bei Zuständen von Melancholie und psychischer Hyperalgie erlangt zu haben, welche bei Neurasthenikern, Onanisten, männlichen Impotenten als Folge und Begleiterscheinung auftreten. Er rechnet, wenn ich das Referat richtig verstanden habe, diese Kranken unter die Psychoneurosen. Es steht dies in einem gewissen Gegensatz aber zu dem oben citirten Ausspruche, dass jenseits der Grenze, welche die Neurose von der Geistesstörung trennt, die Suggestivtherapie machtlos sei. Noch mehr wird diese für den Psychiater an sich fragwürdige Grenzlinie verschoben, wenn *van E.* weiterhin über neuerdings erlangte günstige Erfolge bei intellectuellen, emotiven und impulsiven „obsessions (*von Falret*)" berichtet[1]), sowie über Erfolge bei „verschiedenen Angstzuständen": Claustro-Agoraphobie, Onomatomanie, Coprolalie und verwandten Erscheinungen. „Sehr häufig hatten diese Kranken, selbst, wenn es nur gelang sie in einen Zustand von Somnolenz zu versetzen, einen Nutzen von der Suggestion." Zum Schluss erwähnt er nochmals einzelner psychopathischer Zustände (die Furcht vor weiten Räumen, vor dem Aufenthalt in Fuhrwerken, in Eisenbahnwagen, die Furcht einen Selbstmord zu begehen, geisteskrank zu werden, die Syphilidophobie u. s. w.), welche durch die Hypnose geheilt oder bedeutend gebessert wurden. „Wenn wir auch nicht immer dazu gelangten, die krankhaften Ideen völlig zu entwurzeln, so gelang es uns doch sehr häufig dem Kranken seine Herrschaft über sich selbst wiederzugeben, den Einfluss der Zwangsvorstellungen (obsessions mentales) zu unterdrücken und die krankhaften Impulse zurückzudrängen." Der zweite seiner Schlusssätze lautet: „Von nun an wird die hypnotische Suggestion zu den therapeutischen Mitteln in der Behandlung der Geisteskrankheiten gerechnet werden müssen." Wie die vorstehende Uebersicht lehrt, kann aus den Erfahrungen dieses Autors diese Schlussfolgerung kaum abgeleitet werden. Die Wandlung

[1]) Diese Krankheitszustände entsprechen der „Zwangsempfindung", „Zwangsvorstellung" und „Zwangshandlung" der in Deutschland gebräuchlichen Nomenclatur.

Digitized by Google

seiner Anschauung ist hauptsächlich durch die Ergebnisse der Untersuchungen von *Auguste Voisin* hervorgerufen, welcher wohl am eingehendsten über hypnotische Versuche an Geisteskranken in der Neuzeit berichtet hat. Aber gerade das Studium dieser Untersuchungen zeigt uns am deutlichsten, wie nothwendig eine Nachprüfung derjenigen Beobachtungen, welche der hypnotischen Behandlung in Irrenanstalten das Wort reden, verlangt werden muss. *A. Voisin* hat 10 % aller Geisteskranker[1]), welche auf seine Abtheilung gelangten, zu hypnotisiren vermocht und hofft noch eine höhere Ziffer zu erreichen durch Vervollkommnung und Vervielfältigung der von ihm benutzten hypnogenen Verfahren. Es bedarf einer grossen Geduld und eines grossen Zeitaufwandes um zu diesem Ziele zu gelangen. Bei mehreren Kranken bedurfte er 2—3 Stunden, bevor es ihm gelang dieselben einzuschläfern. Er musste die hypnogenen Methoden variiren und die Sitzungen häufig wiederholen (bis zu 18 und 20 Mal!), um die Hypnose zu erzielen, erst dann verzichtete er auf den Erfolg. Es muss hier eingeschaltet werden, dass *A. Voisin* keineswegs ein reiner Vertreter der Nancyer Schule ist, sondern noch in ausgiebigster Weise von den physikalischen hypnogenen Mitteln Gebrauch macht: so lässt er mit Vorliebe eine grosse glänzende Kugel, welche an der Decke des Untersuchungsraumes mittelst einer Schnur befestigt ist, seitens der Kranken fixiren, auch schliesst er sich bei seiner Nomenclatur der verschiedenen hypnotischen Zustände mehr der Pariser Schule an. In der ersten Sitzung wird nur erstrebt Schlaf und zwar tiefen Schlaf (léthargie) nicht Somnambulismus zu erzielen; ist der Schlafzustand eingetreten, so lässt er die Kranken während einer halben bis ganzen Stunde schlafen. Erst in der zweiten Sitzung wird die Suggestion verwandt, „welche das Corrolarium des Hypnotismus ist und die Grundlage dieser therapeutischen Methode". Die Suggestionen müssen anfänglich sehr eingeschränkt werden in der Weise, dass man mittelst derselben nur auf e i n e krankhafte Vorstellung oder Hallucination e i n e s Sinnes einzuwirken sucht. Viele Suggestionen auf einmal bewirken Uebelbefinden, rufen krankhafte Zuckungen in den Muskeln des Gesichts hervor und werden nach dem Erwachen weniger befolgt. Nach geschehener Suggestion muss man den Kranken noch mindestens $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde ruhig schlafen lassen, damit derselbe sich die Suggestion zu eigen mache und sich so zu sagen von ihr durchdringen lasse. In besonderen Fällen hat *A. Voisin* die Kranken 12—23 Stunden, ja sogar hallucinirende und erregte Kranke mehrere Tage schlafen lassen. Im weiteren giebt er die genauere Regel, dass die Hypnose nur zu Heilzwecken, nicht aus wissenschaftlichen Gründen oder aus Neugierde ausgeführt werden dürfe: „Keine Illusionen, Hallucinationen, keine (krankhaften) Ideen, keine schlechte oder schädliche Handlung darf dem Hypnotisirten suggerirt werden, nur gute Absichten, gehorchen, arbeiten, an das Gute denken,

[1]) Mittheilung auf dem Congress für Hypnotismus zu Paris, Aug. 1889.

Digitized by Google

das Gute thun, das Schlechte und Lasterhafte verabscheuen, liebenswürdig sein, sich nützlich machen, die Seinen und seine Umgebung lieben." Es gelingt ihm auf diese Weise, „Störungen und Hallucinationen des Gesichts, des Gehörs, des Geschmacks, des Geruchs, der allgemeinen und speciellen Sensibilität sowie die verschiedensten wahnhaften Vorstellungen" zu heilen.

Betrachten wir aber diese Heilerfolge genauer. *A. Voisin* behandelt seit dem Jahre 1880 auf diese Weise die Geisteskranken seiner Abtheilung und übt wie wir oben gesehen haben die Hypnose im weitesten Umfange aus. Man wird also nicht fehlgreifen, wenn man die Zahl der Hypnotisirten in einem 10jährigen Zeitraum auf mehrere hunderte von Fällen bemisst. Entspricht nun der Mühewaltung des Hypnotiseurs und der Quälerei des Versuchsobjects (vergl. die obige Darstellung der Methode) der Erfolg? Im Sommer 1889 giebt er eine Zusammenstellung von 22 Fällen, bei 19 derselben soll eine völlige Heilung mittelst der hypnotischen Behandlung stattgefunden haben. Die 3 übrigen waren nur vorübergehend geheilt und wurden rückfällig. Hierzu kommen noch 4 weitere Fälle von Heilung durch Hypnose aus dem Jahre 1889. Im ganzen also 26 Fälle mit positivem Resultate. Aus der cursorischen Mittheilung über die Zeitdauer der stattgehabten Heilungen[1]) lassen sich die folgenden diagnostischen Feststellungen entnehmen:

1. Fall: moralischer Wahnsinn, lasterhafte Instincte; Anfall von acuter Manie.
2. Fall: Morfinismus.
3. Fall: Trunksucht.
4. Fall: keine Diagnose.
5. Fall: keine Diagnose.
6. Fall: Trinker.
7. Fall: 9jähriges Kind: Migräne.
8. Fall: folie mélancholique. Hallucinationen.
9. Fall: folie mélancholique. Hallucinationen, „Selbstmordideen" und Versuche.
10. Fall: acute Manie hysteroepileptischer Natur, convulsivische Anfälle, Hallucinationen.
11. Fall: folie lypémaniaque[2]): Stupor, Mutismus, Hallucinationen.
12. Fall: folie lypémaniaque mit Nahrungsverweigerung.
13. Fall: Subacute Manie.
14. Fall: Entwicklungshemmung; schlechte Instincte. Dieb, Lügner etc. Onanie.
15. Fall: (9jährig) „Onanismus".
16. Fall: Entwicklungshemmung, schlechte Instincte. (Sehr wesentliche Besserung.)

[1]) Revue de l'Hypnotisme, 3. année, 1889, pag. 355.
[2]) Wahrscheinlich Melancholie mit Wahnvorstellungen.

Digitized by Google

17. Fall: hysterisches Irresein, erotische Wahnideen. (Sehr grosse Besserung.)

18. Fall: Subacute Manie.

19. Fall: Chronische Nervosität seit 8 Jahren bestehend. (Vollständige Heilung.)

20. Fall: Melancholie, Rückfall nach 6 Monaten: es war nicht möglich die Kranke von neuem zu hypnotisiren.

21. Fall: Melancholie, Rückfall.

22. Fall: Epilepsie mit Hallucinationen. Heilung — aber Rückfall in Folge neuer epileptischer Anfälle! Der

23. Fall ist genauer beschrieben und betrifft eine 30jährige Patientin, welche seit ihrem 12. Jahre an Chorea (in Folge von Schreck) ununterbrochen leidet. Seit ihrem 23. Jahre hat sich die Chorea mit Melancholie und Selbstmordideen verbunden. Im Jahre 1888 (im 30. Lebensjahre) gesellten sich hysterische Anfälle hinzu, ausgezeichnet durch Kopfschmerz, Schwindel, unvollkommenen Bewusstseinsverlust, Beklemmungen, heisere Kehlkopflaute und Selbstmordideen. Bei der Untersuchung werden verschiedene schmerzhafte Punkte in beiden Körperhälften und Anästhesie der Sclera beider Augen festgestellt. Die Kranke wird mittelst physikalischer Methoden hypnotisirt: durch Fixation eines Prismas. Im Verlauf von 6 Tagen wurden alle Krankheitserscheinungen durch Suggestion beseitigt. Mdme. X. wurde wieder heiter; ihre Verwandten und Freunde fanden sie völlig umgewandelt. Bis zum 15. Mai 1889 wurden die Hypnose und Suggestionen monatlich einmal wiederholt.

Der 24. Fall betrifft eine 22jährige Näherin, welche angeblich keine hysterischen Krankheitserscheinungen hatte. Seit mehreren Jahren litt sie an Anämie und Verdauungsstörungen. Im Winter 1888/89: Angstzustände, Klagen über Schmerzen in den verschiedensten Theilen des Körpers, Nahrungsverweigerung, Abmagerung, Schlaflosigkeit, lautes Seufzen und Jammern, Ernährung mittelst Schlundsonde. Anfänglich wurde eine Behandlung mit Morphininjectionen ausgeführt ohne Erfolg. Am 11. Mai 1889 wird die Kranke von *V.* hypnotisirt mittelst Fixation des Blickes, Auflegen seiner Hand auf die Stirn der Kranken und die Suggestion des Schlafes. Dann machte *V.* die folgenden Suggestionen, die Kranke sollte sich von ihm einschläfern lassen, sobald er es für richtig hielte; sie sollte nicht mehr traurig sein, nicht mehr seufzen, sich nicht mehr beklagen, heitere Stimmung haben, Nachts schlafen und essen, was man ihr geben werde. Am 14. April hatte die Kranke völlig aufgehört zu seufzen und zu klagen, sie hat allein gegessen und geschlafen. Von da ab wurde sie alle zwei Tage hypnotisirt und ihr suggerirt, dass sie keine Schmerzen habe, dass sie jetzt sicher sei geheilt zu werden und dass sie einen freudigen Gesichtsausdruck haben werde. Die hypnotische Behandlung wird bis zum 1. Juni alle 2 Tage „um die Heilung zu befestigen" fortgesetzt. Am 26. Juni suggerirt *V.* der geheilten Patientin, welche sich früher immer gegen jede

Digitized by Google

Verheirathung gesträubt hatte, auf Wunsch der Mutter, dass sie niemals mehr in ihren Gefühlen übertrieben sein werde, dass sie in allen Dingen gemässigt sei bezüglich ihrer Ansprüche, dass sie ruhig sei bei den Zusammenkünften mit ihrem Zukünftigen und dass sie niemals mehr traurige Ideen haben soll. Ausserdem wird dem Mädchen suggerirt, dass sie sich nur von *V.* einschläfern lasse. Am 29. Juli suggerirt *V.* der früheren Patientin in der Hypnose, dass sie sich am 14. Sept. verheirathen und ihn am 20. Oct. besuchen würde.

Ich habe diesen Fall ausführlicher mitgetheilt, weil er eine der wenigen reinen Beobachtungen darstellt, in welchen bei einer nicht Hysterischen (im Sinne der französischen Schule) eine Hypochondrie mit Angstzuständen und Nahrungsverweigerung durch die hypnotische Suggestionstherapie geheilt wurde und ausserdem die Suggestion zur Ehestifterin wurde. Es eröffnet sich mit letzterer Einwirkung für die Suggestivtherapie ein neues Feld der Thätigkeit von unabsehbarer Tragweite, das ich hier nur andeuten kann, das aber zweifellos von einem fruchtbaren Romanschriftsteller weiter ausgearbeitet werden wird.

Der 25. Fall [1]) ist eine geradezu verblüffende „Heilung" eines sechzehnjährigen Knaben, welcher an bösen Instincten litt. Derselbe war seit dem 6. bis 7. Jahre Lügner, unfolgsam, schlecht, diebisch, liederlich (in den letzten Jahren bestahl er seine Mutter, um den Mädchen nachzulaufen). Im 13. Lebensjahr hat er Tetanus gehabt und hat seit dieser Zeit Nystagmus und ein beträchtliches Stottern. Schamlose Onanie. Strabismus internus des linken Auges. Schulkenntnisse sehr gering: mangelhaftes Lesen, doch zeigt er ein im Allgemeinen genügend entwickeltes Gedächtniss. Er rühmt sich das Schlechte zu lieben und sagt, dass er über seine schlechten Handlungen sich keine Rechenschaft gebe. Am 9. Juni 1888 wird die hypnotische Behandlung begonnen. In der dritten Sitzung gelang die Hypnose (Fixation einer glänzenden Kugel, Suggestion des Schlafes). Die ersten Suggestionen ermahnten den Patienten seinen Charakter zu ändern und das Stehlen zu lassen. Seit dieser 1. Sitzung hat der junge Mensch nicht mehr gestohlen und wurde sein Charakter in einem günstigen Sinne umgestaltet. Die hypnotische Behandlung wurde alle drei Tage angewandt und die Suggestionen waren allmählich auf seinen schlechten Charakter, seine lasterhaften Instincte, Neigung zum Diebstahl, zur Onanie und zu Ausschweifungen, gerichtet. Am 6. Juli war der junge Mensch vollständig umgewandelt: der Gedanke das Böse zu thun war verschwunden und durch die Neigung zum Guten ersetzt, seine Zügellosigkeit und Unfolgsamkeit hatte dem ausschliesslichen Wunsche seiner Mutter angenehm zu sein Platz gemacht. Am 20. Oct., also 6 Wochen nach Aufhören der Behandlung bestand die Heilung fort. Die Besserung wird durch die Aussage eines Lehrers des Knaben bestätigt.

---

[1]) Revue de l'hypnotisme, 3. année, 1889, p. 130 ff.

Digitized by Google

Als 26. Beobachtung ist ein Fall[1]) anzureihen, welcher von *J. Roubinovitch* unter der Aegide von *A. Voisin* behandelt worden ist. Er betrifft eine degenerative Geistesstörung mit hysterischen Krankheitserscheinungen (dégénérescence mentale avec troubles hystériques) bei einer 30jährigen Frau, welche im zweiten Monat der Schwangerschaft an einer Melancholie erkrankte mit hochgradiger Ernährungsstörung. Die Hypnose gelang sehr leicht. In wenigen Wochen wurde durch entsprechende Suggestivbehandlung eine Umänderung der Gemüthsstimmung, das Schwinden der krankhaften Vorstellungen, die Hebung der Ernährung, kurzum eine allgemeine und dauernde Heilung der Kranken erzielt, welche von ihr brieflich am 12. Nov. und 29. Dec. 1889 bestätigt wurde.

Diese Uebersicht lehrt, soweit überhaupt ein Schluss aus dieser Diagnostik gestattet ist, dass es sich um eine ausgeprägte Geistesstörung acuten Charakters wahrscheinlich bei 15 Fällen gehandelt hat, von denen 12 definitiv geheilt und 3 vorübergehend gebessert wurden. Unter den 12 geheilten Kranken sind 3 als zweifellos hysterisch angegeben.

Forel missbilligt diese gewaltthätige Zwangshypnose von *A. Voisin* und ist der Ansicht, dass seine Fälle hauptsächlich hysterische Kranke seien. Wir sehen also, dass im eigenen Lager die oben mitgetheilten Resultate und insbesondere die Diagnose bei den erwähnten Fällen erheblichem Misstrauen begegnet. Eines weitergehenden eigenen Urtheils möchte ich mich aus naheliegenden Gründen enthalten und mich damit begnügen für das Material referirt zu haben.

Umfänglichere Untersuchungen sind weiterhin von *G. Burckhardt* in der Maison de Santé zu Préfargier angestellt worden. Er berichtet 1888[2]) über 14 Fälle aus seiner Anstalt.

1. Fall: Frau von 31 Jahren. Körperlicher und geistiger Erschöpfungszustand, deprimirte Gemüthsstimmung, unentwickelte Beeinträchtigungsvorstellungen, „intestinale Hyperästhesie", hartnäckige Verstopfung und Schlaflosigkeit. Die Kranke wird durch Fixation des Blickes und später durch verbale Suggestion eingeschläfert. Die Heilsuggestionen helfen nach Verlauf von einigen Wochen das Missbehagen zu beseitigen, die Verdauung zu regeln und der Kranken das Vertrauen zu sich selbst und zu Andern wiederzugeben.

2. Fall betrifft eine hypochondrische Frau von 43 Jahren: Beseitigung der abnormen Sensationen, Besserung des Schlafes und Appetits, Reconvalescenz.

3. Fall: 37jährige Frau, hereditäre Belastung, Verfolgungs- und Grössenideen mit Hallucinationen des Gehörs, Aufregungszustände, Blutandrang zum Kopf, menstruelle Störungen, Obesitas. Krankheitsdauer mehrere

[1]) Revue de l'hypnotisme, 4. année 1890. No. 8, pag. 244.

[2]) Dr. *G. Burckhardt*: Maison de Santé de Préfargier, exercice de 1887. 39me rapport annuel. Neuchatel 1888. Wolfram & Cie.

Digitized by Google

Jahre. Die Hypnose durch Fixation des Blickes tritt sehr langsam ein und ist von einer Periode convulsivischer Erregung eingeleitet, ziemlich ähnlich derjenigen, welche man bei der Chloroformnarkose beobachtet. Später ist diese Erregungsphase geschwunden, die Kranke ist ruhig eingeschlafen und den Suggestionen zugänglich geworden. Die Behandlung ist anfänglich täglich, dann alle zwei oder drei Tage ausgeführt worden und geschieht jetzt nur im Bedürfnissfalle. Es gelang der Kranken einen mehr oder weniger regelmässigen Schlaf zu geben, sie von vielen ihrer quälenden Sensationen zu befreien, sie „bis zu einem gewissen Punkte" dem Einfluss ihrer Hallucinationen zu entziehen, ihr die Lust zur Arbeit („wenn auch im geringen Masse") und die Herrschaft über sich selbst wiederzugeben, so dass die Phasen der Erregung seltener und weniger heftig wurden.

4. Fall: 67jährige Frau. Dritter Rückfall einer passiven Melancholie mit Anklängen an systematisirte Wahnvorstellungen. Patientin schläft leicht auf Fixation des Blickes und später durch Verbalsuggestion, sie folgt den Suggestionen, welche die melancholischen Wahnvorstellungen beseitigen sollen und fühlt sich nach jeder Sitzung erleichtert für einige Stunden. Der natürliche Schlaf wird besser; ein Einfluss der Suggestion auf die hartnäckige Obstipation ist sehr zweifelhaft.

5. Fall: 27jährige erblich belastete Frau. Hysterica und Alcoholistin. Eifersuchtsdelirien, unvollständige Hallucinationen des Gehörs. Wuthausbrüche gegen Mann und Kinder. Die Hypnose sollte ihr Vertrauen zum Manne, Lust zur Arbeit und Widerwillen gegen Alkohol geben. Hypnose durch Fixation des Blickes, Wirksamkeit der Heilsuggestionen nur für einige Zeit, daraufhin Rückfall in den alten Zustand.

6. Fall: 22jährige Frau: Zwangsvorstellungen. Die Hypnose und die Suggestion sind anfänglich wirksam. Die Kranke wurde von ihren Zwangsvorstellungen für einige Stunden nach jeder Sitzung befreit, der Nachtschlaf kehrte wieder, später nahmen die krankhaften Vorstellungen eine hypochondrische Färbung an, die Hypnose hatte keinen Einfluss auf dieselben mehr.

7. Fall: 28jährige Frau: sehr acute Puerperalmanie mit heftigen Erregungszuständen. Die Suggestion im wachen Zustande, dass die Kranke sich ruhig verhalten sollte, den Mund nicht mehr öffnen könnte, bewirkte ein Aufhören der Aufregungszustände.

8. Fall: 44jährige Frau: schwere Hysterie, inveterirter Morfinismus, hartnäckige Schlaflosigkeit häufiges Erbrechen. Die Hypnose wurde nach der Entziehung angewandt, um den Schlaf herbeizuführen, die Verdauung zu bessern und die Neigung zu tetaniformen Krämpfen (mit Verlust des Bewusstseins) zu bekämpfen, welche nach der Entziehungskur sich gezeigt hatten. Die Kranke wurde nach dem *A. Voisin*'schen Verfahren eingeschläfert. Resultat: guter Schlaf, Verminderung der anderen Symptome. Vor dem völligen Einschlafen verspürt die Kranke leichte

Digitized by Google

Angstzustände, die Respiration wird keuchend, und es stellen sich einige Verkrümmungen der Glieder ein. Nach dem Aufwachen völliges Wohlbefinden.

9. Fall: 44jährige Hysterica, Neigung zu tetaniformen Spasmen. Schlaflosigkeit, Morphino-Chloralismus, Hypnose während der Entziehung. Hypnose durch Fixation des Blickes unmöglich, da dann sofort die Neigung zu Krämpfen hervortritt, deshalb Verbalsuggestion. Unvollkommenes Resultat bezüglich des Schlafes, doch Beruhigung.

10. Fall: 33jährige Frau, Hysterica (?). Convulsivische Anfälle, welche in Folge heftiger Gemüthsbewegung sich vor 6 Wochen entwickelt hatten und zur Zeit der Behandlung alle 10—12 Tage wiederkehrten und eine Stunde und länger dauerten. 3—4 Tage vor Ausbrauch dieser Anfälle zeigten sich Spasmen und andere prämonitorische Symptome. Nach den Anfällen mehrtägige Erschöpfung mit Fieberbewegungen. Der Zweck der Hypnose war, der Kranken eine genügende Geistesgegenwart zu geben, um selbst gegen die tonischen Krampfzustände anzukämpfen und Herrin der unwillkürlichen Spasmen zu werden, indem sie ihnen willkürliche und beabsichtigte Bewegungen entgegenstellt. Im Augenblick der Hypnotisation entwickelte sich ein Anfall, welcher aber durch suggestiv erregte Bewegungen unterdrückt wurde. Auf diese Weise lernte die Kranke auch in den spontanen Anfällen durch willkürliche Bewegung die Spasmen zu unterdrücken.

11. Fall: 26jähriger Mann. Hypochondrie mit mannichfachen visceralen Parästhesien, Gliederunruhe, nervösem Zucken, schlechter Stimmung. Hypnose durch Fixation des Blickes rasch erzielt. Die Sitzungen werden 2—3 Mal wöchentlich wiederholt. Heilsuggestionen: Wiederherstellung des Schlafes ohne Unterbrechung, Aufhören der krankhaften Sensationen und Vorstellungen, völlige Heilung.

12. Fall: 35jähriger Mann. Alcoholismus. Verfolgungs- und Eifersuchtsideen, Illusionen und Hallucinationen, heftige Erregungszustände mit Wuthausbrüchen. In der Anstaltsbehandlung nur geringfügige und seltene Erregungszustände. Hypnose durch Fixation des Blicks. Heilsuggestion: Enthaltsamkeit vom Wein, Correctur seiner Wahnideen. „Ich habe allen Grund zu glauben, dass das erreichte Resultat von Dauer sein wird."

13. Fall: 38jähriger Mann: alcoholistische Manie. Hypnose. Suggestion: Abneigung gegen alkoholische Getränke. Nach zweimaliger Suggestion unterschrieb er nach dem Austritt aus der Anstalt eine „Abstinenzverpflichtung". *B.* fügt aufrichtiger Weise hinzu, „dass er dies auch schon früher gethan hatte".

14. Fall: 40jähriger Mann. Alkoholist. Verfolgungsideen mit Gehörshallucinationen. Unregelmässiger Schlaf. Hypnose leicht erzielbar, aber den Suggestionen setzt er Widerstand entgegen. Trotzdem stellt sich der natürliche Schlaf wieder bald ein und die Anfälle von Delirium, welche

Digitized by Google

vorher sich alle 6—8 Tage wiederholt hatten, wurden seltener um schliesslich ganz zu schwinden.

Burckhardt schliesst aus den vorstehenden Beobachtungen, dass der Hypnotismus ein werthvolles Mittel bei der Behandlung bestimmter Formen oder bestimmter Symptome bei Geisteskrankheiten sei. Der 5., 12., 13. und 14. Fall betreffen Alkoholisten und *B.* berücksichtigt selbst den Einwand, dass schon die Anstaltsbehandlung an sich eine derartige Besserung hervorrufen kann; trotzdem glaubt er der Hypnose auch in diesen Fällen einen wesentlichen Erfolg zuschreiben zu müssen. Der 8., 9. und 10. Fall betreffen schwer hysterische Kranke, welche dem Morphin- und Chloralmissbrauch ergeben sind. Nur eine dieser Kranken war leicht zu hypnotisiren und zeigte eine ausgiebige Suggestibilität. *Burckhardt* fügt schliesslich hinzu, dass in einer gewissen Zahl von Fällen die Anwendung des Hypnotismus „mehr oder weniger vollständig oder theilweise wirkungslos war". Genauere Angaben über die Zahl der von ihm ausgeführten Versuche und das Verhältniss der erfolgreichen zu den erfolglosen Versuchen sind leider von ihm nicht gemacht worden. Eine hypnotische Neurose hat sich im Anschluss an seine Untersuchungen niemals entwickelt.

Eine sehr bemerkenswerthe Mittheilung ist auf dem Congress für Hypnotismus 1889 durch *Marcel Briand*, Chefarzt des Asyls von Villejuif, gemacht worden.[1])

Der 1. Fall betraf eine chronische Trinkerin von 52 Jahren, welche seit mehreren Jahren an einer hartnäckigen Ischias litt. Die einmalige hypnotische Suggestion genügte, um sie von ihren Schmerzen dauernd zu befreien. Die quälenden Gehörshallucinationen aber konnten trotz mehrfacher Sitzungen mittelst zweckentsprechender Suggestion nicht beeinflusst werden.

Der 2. Fall betrifft eine Frau von 36 Jahren mit ausgeprägter Hysterie, welche im Gefolge mehrfacher hysterischer Attaquen eine totale rechtsseitige Hemiplegie sich acquirirt hatte. In mehreren Sitzungen gelang es, die Lähmungserscheinungen durch die hypnotische Suggestionsbehandlung vollständig zum Schwinden zu bringen.

Der 3. Fall war eine Hysterica von 15 Jahren, welche in Folge eines Wagenumfalls von einer schlaffen Paraplegie mit Anästhesie der unteren Extremitäten befallen worden war und ausserdem eine melancholische Verstimmung darbot. Es gelang hier nicht die Hypnose zu erzielen, weder durch *Charcot*, noch durch *Magnan*. Wohl aber war folgende Suggestion in wachem Zustande erfolgreich: Es wurde ihr gesagt, dass die Krankheit nicht länger als 6 Monate dauern könnte, und dass sie eines Tages von einem Anfall befallen werden würde, welcher sie von der Krankheit befreite, auch würde ihr die Zeit des Anfalls genau vorher mitgetheilt werden. Kurze Zeit nachher verkündete ihr einer der Assistenten,

[1]) Revue de l'hypnotisme, 4. année, 1889, No. 5 pag. 139.

Digitized by Google

dass der Anfall vor Ablauf von 24 Stunden eintreten werde. Am anderen Morgen redete ihr *Briand* vor, an ihren Augen erkennen zu können, dass sie im Beginn einer Krise wäre und dass in einigen Minuten sie geheilt sein würde. Die Wärterinnen breiteten Matrazen auf den Boden aus und kaum hatten die Aerzte der Patientin den Rücken gewandt, so „wälzte sie sich zu ihren Füssen". Der Anfall dauerte 20 Minuten. Dann erhob sich die Kranke und hatte den Gebrauch ihrer Füsse wiedergewonnen; auch die Hautanästhesie war zugleich verschwunden. Im Laufe des folgenden Monats heilte auch die melancholische Verstimmung.

Der 4. Fall betrifft eine 38jährige Hysterica mit Lähmung und Contractur der unteren Extremitäten und des linken Armes; ausserdem war die Kranke geistig völlig stumpf und unreinlich geworden. Die hypnotische Suggestion beseitigte alle Krankheitserscheinungen einschliesslich der psychischen Störungen. Um seine Methode Suggestionen auszuführen zu illustriren, theilt er noch folgende Beobachtung mit: Eine Dame stiess jede Nacht zur selben Stunde Schreie aus im schlafenden Zustande. Beim Erwachen fehlte jede Erinnerung an diese Vorgänge. Die Hypnose gelang ziemlich leicht: die erste Suggestion lautete: Sie werden nicht mehr schreien in der Nacht. Dieselbe war völlig erfolglos. Es wurde nun später festgestellt, dass dieses nächtliche Aufschreien bedingt war durch Zustände von Alpdrücken verbunden mit der Vorstellung, dass sie ihrem eigenen Leichenbegräbniss beiwohnen und dass sie lebendig begraben werden sollte. Die durchdringenden Hülferufe stiess sie in dem Momente aus, wo die Todtengräber die Erde über ihren Sarg zusammenwarfen. Bei der nächsten Hypnose wurde folgendermaassen suggerirt: die ganze Scene des Begräbnisses wurde ihr vorerzählt und zugleich ihr versichert, dass vor Beendigung des Traumes, sie durch den Arzt aus den Händen der Leichenträger entrissen werden sollte, ausserdem dass sie zum letzten Male dieser Scene beiwohnte und dass sie niemals wieder das Opfer eines ähnlichen Anfalls würde. Nach dieser zweiten Sitzung schlief sie fünf Nächte ohne solche Anfälle, dann wurde die Suggestion noch zweimal wiederholt und nach der dritten Sitzung die Kranke als geheilt entlassen. Zum Schluss erklärt *Briand*: „Ich habe vielfach versucht, Geisteskranke mit Wahnideen einzuschläfern, welche keine hysterischen Zeichen darboten, aber ich war niemals so glücklich, irgend ein Resultat zu erzielen; doch ich täusche mich — eine gewisse Zahl meiner Kranken schlossen die Augen und trieben die Gefälligkeit soweit schlafend zu erscheinen, aber ich muss der Wahrheit gemäss hinzufügen, dass alle früher oder später mir schliesslich gestanden, sie hätten den Schlaf vorgetäuscht, um einem Drängen, welches sie langweilte, ein Ende zu machen.

Man wird unwillkürlich bei diesem Geständniss zu der Frage angeregt, ob bei einer ähnlich vorurtheislosen und kritischen Prüfung des Materials von *A. Voisin* unter den 10 pCt. hypnotisablen Personen nicht eine grössere Zahl solcher Scheinhypnosen aufgefunden werden könnten.

Digitized by Google

Eine eingehende Erörterung über die formellen Indicationen der hypnotischen Suggestion in der Psychiatrie und der Nervenpathologie giebt *E. Bérillon* (Chefredacteur der Revue de l'hypnotisme).[1]) Er sucht die Bedingungen festzustellen, unter welchen die Nerven- und Irrenärzte vollständig berechtigt sind, die Wirkung der hypnotischen Suggestion der Anwendung von Medicamenten zu substituiren. Unter 360 Kranken, welche er ausschliesslich mit der hypnotischen Suggestion behandelt hat, befanden sich 155 hysterische. Gerade im Gegensatz zu *Forel* verzeichnet er die glänzendsten Erfolge bei diesen Kranken: „Der Erfolg dieser therapeutischen Mittel war die Regel, der Misserfolg eine seltene Ausnahme." Und weiterhin im Gegensatz zu *Grasset* (welcher zu gleichen Schlüssen wie ich selbst gelangt war) vertritt er den Standpunkt, dass diese Heilmethode nicht nur gegen die einzelnen Krankheitsäusserungen, sondern gegen die Gesammtheit der hysterischen Krankeitserscheinungen angezeigt sei. Ich übergehe hier seine casuistischen Mittheilungen über Hysterie und hebe nur bezüglich der Behandlung von Neurosen besonders hervor, dass er auch 4 Fälle von Epilepsie mittelst dieser Behandlung geheilt haben will. Freilich schuldet er uns für zwei Fälle den Nachweis, dass es sich um wahre Epilepsie gehandelt hat und, in den zwei anderen Fällen, die reine Beobachtungen von Epilepsie zu sein scheinen, haben die Suggestionen, soweit sich dies aus den Mittheilungen entnehmen lässt, die Anfälle wohl vermindert, jedoch eine Heilung der Epilepsie keineswegs herbeiführt. Bei 6 weiteren Fällen von Epilepsie wurden nur einzelne secundäre Krankheitserscheinungen beeinflusst. Im Ganzen hat er 20 Epileptiker auf diese Weise behandelt. Eine gleich günstige Auffassung vertritt er bezüglich des Heilerfolges der hypnotischen Suggestion bei den Geisteskrankheiten. Bei 4 Melancholischen will er eine rasche und völlige Heilung erzielt haben. Bei einem 45jährigen Melancholiker, welcher seit 10 Jahren erkrankt war, erreichte er die Heilung in zwei Sitzungen. Ungünstiger waren seine Resultate bei der acuten Manie, wo er drei Kranke erfolglos behandelte. Dagegen hat er bei einer „grossen Zahl" von Kranken mit „délire partiel" und Zwangsvorstellungen diese Behandlung ausgeführt. Unter den Fällen mit günstigem Resultat erwähnt er 3 Fälle von Dipsomanie, 5 Fälle von Morphinomanie, 11 Fälle von Zwangsvorstellungen und schliesslich einen Fall von perverser Sexualempfindung. In einem 5. Abschnitt bespricht er die Nervenkrankheiten bei Kindern und hebt die heilende Kraft der hypnotischen Suggestion bei einer grossen Zahl von geistigen Störungen und perversen Instincten im Kindesalter hervor. 22 Fälle von nächtlicher Incontinentia urinae, 2 Fälle von Incontinenz des Darminhalts bei Tag und bei Nacht, 2 Fälle von Blepharospasmus, 12 Fälle von Chorea, 4 Fälle von unwiderstehlichem Hang zum Onaniren. 3 Fälle von Stottern wurden vollständig geheilt.

[1]) Revue de l'hypnotisme, 5. année, No. 4, Oct. 1890, p. 97 (Communic. faite au congrès internat. de Berlin).

Digitized by Google

Im Ganzen hat er 32 Fälle von nächtlicher Incontinenz des Urins behandelt. Genauere Angaben über die von ihm gerühmten Erfolge gegen moralische Depravation sind in diesem Vortrage von ihm nicht gemacht worden. Dieser Vortrag hat eine lebhaftere Debatte verursacht, aus welcher ich an dieser Stelle nur einige bemerkenswerthe Gegenäusserungen anreihe. *Mierzejewski* bezweifelt auf Grund seiner eigenen Erfahrungen die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode bei Geisteskranken; ausser der Beseitigung einzelner hysterischer Krankheitserscheinungen ist ihm eine günstige Beeinflussung dieser Krankheit durch die Hypnose nicht gelungen: im Gegentheil bewirkten Hypnotisirungsversuche bei Fällen von grande Hysterie convulsivische Anfälle. Er glaubt nicht, dass die Suggestion bei schweren Fällen von Hysterie wirksamer sei als andere Behandlungsmethoden. Bezüglich der durch Suggestion geheilten Fälle von Chorea und Epilepsie betont er und — man wird sich seinem Urtheil nur anschliessen können —, dass erstere nach einer gewissen Zeit überhaupt spontan heile und dass bei letzterer jede Operation, jede Verletzung, jeder „normale Shock" für einige Zeit die Anfälle zum Schwinden bringe. Man werde also mit Recht sich fragen können, ob in den Fällen mit günstigem Resultat die Suggestion der einzige Heilfactor gewesen sei. Im Gegensatz zu *Mierzejewski* vertheidigt *Löwenfeld* die Anwendung der hypnotischen Suggestion bei der grossen Hysterie. Nach seiner Erfahrung stellt sie gegen die hysterischen Krampfanfälle eine Behandlungsmethode von einer fast souveränen Wirksamkeit dar. Bemerkenswerth ist, dass er auch dem Mesmerischen Streichen eine therapeutische Wirksamkeit zuschreibt. Schliesslich spricht er sich, freilich, ohne klinisches Beweismaterial herbeizubringen, dahin aus, dass die hypnotische Suggestion in der Psychiatrie ernsthafte Indicationen finde. *Moll* wendet sich in einzelnen Punkten ebenfalls gegen *Bérillon*, insbesondere bezweifelt er den Heilerfolg bei wahrer Epilepsie.

Ueber die Methode *Bérillon*'s giebt eine ausführliche Schilderung eines Krankheitsfalles [1]) Auskunft. Es handelt sich um einen höheren Officier im Alter von 40 Jahren, welcher nach übermässiger geistiger Beschäftigung und in Folge ungewohnter sitzender Lebensweise seit 1888 an dyspeptischen Erscheinungen erkrankte mit hochgradiger Abmagerung, verschiedenen neuralgischen Schmerzen, insbesondere heftigem Kopfschmerz, Augenflimmern, Schwindel, Präcordialangst, Herzpalpitationen, Schlaflosigkeit, deprimirte hypochondrische Gemüthsstimmung mit Selbstmordgedanken. Auf der Höhe der Erkrankung beginnt am 6. Mai 1889 *B.* die hypnotische Behandlung. Schon in der ersten Sitzung versinkt der sehr gelehrige Patient nach 2 Minuten ausschliesslicher Verbalsuggestion (?) in tiefen Schlaf. Es werden mit Leichtigkeit Katalepsie und automatische Bewegungen suggerirt, ebenso totale Anästhesie. Die Heilsuggestionen sind anfänglich

[1]) l. c. No. 5, Nov. 1890.

Digitized by Google

folgende: Er würde mehr Initiative haben, das Bedürfniss zum Gehen verspüren, seine Thätigkeit wieder aufnehmen, Appetit haben und ohne Ermüdung verdauen. Nach dem Erwachen wurde eine völlige Amnesie constatirt. Am anderen Morgen gab der Kranke eine wesentliche Besserung zu. Er konnte schon zu Fuss einen grösseren Weg zurücklegen, was er schon seit lange nicht mehr gekonnt hatte. In den folgenden Tagen bezogen sich die Suggestionen auf das Schwinden der Schmerzerscheinungen. Während des suggerirten Schlafes liess *B.* ihn wiederholt gymnastische Uebungen des Armes ausführen. Alle Schmerzen verringerten sich rasch. Die Präcordialangst und das Gefühl von Starrheit im linken Arm waren hartnäckiger, doch schwanden sie schliesslich auch. In weniger als drei Wochen war der Gesammtzustand des Patienten vollständig verändert; sein Körpergewicht hatte sehr zugenommen (wieviel?). Die Besserung des geistigen Befindens ging mit diesen körperlichen Fortschritten Hand in Hand. Die letzten Suggestionen bezweckten bei dem Kranken jede Prädisposition zu neuen Hypnotisationen zu beseitigen. Nach einem Jahr ist die vollständige und dauernde Wiederherstellung festgestellt worden.

Hier sind noch vereinzelte Mittheilungen anzureihen, welche den Vorzug einer genaueren Darstellung des Krankheitsfalles darbieten und dadurch eine Kritik ermöglichen. *Velander* [1]) berichtet über einen Fall von melancholischem Mutismus. Die 36jährige Patientin war im Alter von 25 Jahren an einer Melancholie erkrankt. Alle Krankheitserscheinungen schwanden, nur blieb eine vollständige Stummheit zurück, die über 10 Jahre andauerte. Bei der ersten Untersuchung wurde das Fehlen aller sonstigen Krankheitserscheinungen constatirt: es bestand nur das absolute Unvermögen auch nur eine Silbe zu sprechen. Insbesondere wird das Vorhandensein von Hysterie seitens des Autors in Abrede gestellt. Der hypnotische Schlaf war auffallend leicht durch Verbalsuggestion zu erzielen. Verschiedene Suggestionen, um die Sprache hervorzurufen, waren wirkungslos. Erst als *V.* ihre Zunge mit ziemlicher Kraft drückte, mit der Versicherung, dass er die Zungenbänder löse, erfolgt erst leichtes Zittern der Lippen und nach länger fortgesetzten Bemühungen die ersten Sprechbewegungen. Nach der 4. Sitzung sprach und las sie ziemlich laut und ziemlich deutlich. Nach 2 Wochen war sie völlig geheilt.

Diese eigenthümliche Beobachtung ist meiner Meinung nach bezüglich der Diagnose nicht einwandfrei. Die supponirte Melancholie im 25. Lebensjahr ist nur mangelhaft beobachtet. Auffallend ist, dass die Krankheit sich damals ganz plötzlich entwickelt und mit heftigem Schreien eingesetzt hat. Diese Krankheitsentwicklung spricht mehr für eine Geistesstörung auf hysterischer Basis und wird der Verdacht eines hysterischen Mutismus auch nicht widerlegt durch die gegentheilige Behauptung von *Velander*, da eine genauere Untersuchung der Kranken, welche auf diesen Punkt hin

[1]) Revue de l'hypnotisme, 4. année No. 6, Décembre 1889 p. 175.

Digitized by Google

gerichtet wäre, weder bezüglich ihrer psychischen, noch somatischen Beschaffenheit von ihm mitgetheilt wird. Er sagt nur: „Man könnte vielleicht sagen, dass dieses Mädchen hysterisch wäre, aber sie hat mir durchaus nicht den Eindruck einer Verrückten gemacht.“ Diese Art der Gegenüberstellung von Verrücktheit und Hysterie ist nicht vertrauenerweckend für die diagnostische Schärfe des Verfassers, welcher übrigens in $1^1/_2$ Jahren mehr als 600 Personen mittelst der hypnotischen Suggestion behandelt und „in einer ziemlich ansehnlichen Zahl von Fällen erhebliche Heilungen erzielt hat“.

Ich kann diese kurze Darstellung der bisher bekanntgegebenen Erfolge der Suggestivtherapie bei Geisteskranken nicht abschliessen ohne noch zweier psychopathischer Zustände gedacht zu haben, welche ein ergiebiges Feld für die hypnotische Suggestion werden sollen. Es sind dies der chronische Alcoholismus beziehungsweise die pathologische Neigung zu alkoholistischen Getränken (Dipsomanie) und die conträre Sexualempfindung. Bezüglich des ersteren haben wir in der voraufgehenden Aufzählung der Heilergebnisse sehr häufig positive Erfolge verzeichnet gefunden: In Deutschland sind vor einigen Jahren durch die Mittheilungen *Forel's* über die Heilung der Trunksucht auf diesem Wege weitgehende Hoffnungen erweckt worden. Aber gerade dierer Autor hat in seinen neueren Veröffentlichungen[1]) die früheren hochgespannten Erwartungen bedeutend herabgedämpft. Auf der Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte (Juni 1888) bezeichnet er die (hypnotische) Suggestion als ein sehr nützliches, bisweilen sehr mächtiges Hülfsmittel, welches dazu dient die Trinker zu veranlassen abstinent zu werden, in eine Gesellschaft zu treten, kurzum den ersten Schritt zu thun, welcher ihnen so schwer wird: doch scheint der Hypnotismus nur bei bestimmten sehr suggestiblen Individuen dauerhaft wirken zu können. Es trifft diese Einschränkung seines früheren Urtheils wohl mit seinen weiteren Erfahrungen nicht nur an Trinkern allein, die er sehr häufig hat rückfällig werden sehen, sondern auch mit seinen allgemeinen Anschauungen über die Wirksamkeit der Hypnose zusammen. In seiner Monographie[2]) äussert er sich nämlich folgendermaassen: „Man kann sogar durch die Hypnose einen schwachen Willen kräftigen. Doch ist es immer viel leichter, eine bestimmte localisirte Erscheinung (z. B. den Hang zum Alkohol, einen bestimmten Aerger etc.) als allgemeine Eigenschaften und Gemüthsstimmungen zu beeinflussen. Letztere sind bereits sehr schwer zu beherrschen und ich glaube nicht, dass tief ererbte constitutionelle Charaktereigenschaften oder Neigungen wesentlich beeinflusst werden können; unter keinen Umständen kann dieser Einfluss von Dauer sein, während erworbene Gewohnheiten zweifellos beseitigt werden.“

[1]) Revue de l'hypnotisme, 3. année 1889, pag. 30.

[2]) Dr. *Forel:* Ueber Hypnotismus. II. Aufl. Stuttgart 1891. S. 57, 58.

Digitized by Google

Aus diesen Sätzen kann meines Erachtens nur herausgelesen werden, dass in der Regel einzelne erworbene oder nur vorübergehende mit der angeborenen Geistes- und Gemüthsrichtung nur locker zusammenhängende Neigungen und Gewohnheiten — er stellt hier einen Aerger mit dem Hang zum Alkohol auf eine Linie — durch die Hypnose günstig beeinflusst werden können. Sobald aber in der constitutionellen Beschaffenheit des Individuums bestimmte lasterhafte oder krankhafte Neigungen und Charaktereigenthümlichkeiten begründet sind, so ist eine dauerhafte Beeinflussung nicht zu erhoffen. Und gerade letztere Voraussetzung trifft für eine überwiegende Zahl von Säufern zu. Es ist im Einzelfall bekanntlich ausserordentlich schwierig festzustellen, inwieweit eine erbliche Veranlagung zu geringerer Resistenzfähigkeit gegen Alkohol, zum gesteigerten Bedürfniss nach Reiz- und Genussmitteln oder krankhafter Gemüthserregbarkeit oder eine ungesunde Willensschwäche gegenüber bösem Beispiel und Verführung der Ausgangspunkt zur Entwicklung des chronischen Alcoholismus geworden sind. Jeder erfahrene Praktiker wird unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes mir wohl zustimmen, dass auf der Höhe des ausgeprägten chronischen Alcoholismus die besonders bei den franz. Aerzten beliebte Scheidung zwischen pathologischer (meist periodischer) Neigung zur Berauschung (Dipsomanie) und zwischen Alcoholismus chronicus sehr schwer, oft unmöglich werden kann. Für jeden Fall bewirkt auch ohne ererbte constitutionelle Veranlagung der chronische Alkoholmissbrauch eine völlige Umwandlung der geistigen Persönlichkeit im Sinne einer allgemeinen Verschlechterung aller gemüthlichen, ethisch-socialen Reactionen und der intellectuellen Vorgänge. In diesem Stadium steht der typische Gewohnheitssäufer auf gleicher Stufe mit dem congenital „constitutionellen" Defectmenschen. Es handelt sich dann zweifellos nicht mehr darum einzelne Gewohnheiten zu bekämpfen, sondern eine von Grund auf zerrüttete Persönlichkeit umzuwandeln; ob letztere Aufgabe dem Hypnotismus gelingt, muss ich gerade in Hinblick auf den obigen Ausspruch von *Forel* billig bezweifeln. Dass einzelne Züge des Gesammtbildes durch die Hypnose vorübergehend beeinflusst werden können, gebe ich auch nach meinen eigenen Erfahrungen durchaus zu. Aber dies gelingt auch ohne Hypnose. Ich brauche hier im Kreise von Fachgenossen nicht weiter auszuführen, wie leicht durch das eherne Gebot der Anstaltsordnung, durch die geregelte, der eigenen Entschliessung des Säufers entrückte Einrichtung des Lebensganges im Rahmen der Anstalt, die Erscheinungen des chronischen Alcoholismus einschliesslich des Hanges nach Spirituosen zurückgedrängt, verschleiert werden. Wie oft bringen wir, solange die Trinker in der Anstalt wohnen oder in ihrem Bannkreise auch ausserhalb der Anstalt bleiben, die Besserung soweit wie in dem geheilten Falle von *Forel*[1]). Ich könnte ähnliche Beispiele beibringen, wo Patienten vollständig abstinent von alkoholischen Getränken trotz freien Ausgangs gelebt haben, solange

[1]) Hypnotismus. II. Aufl. 1891. S. 124 ff.

Digitized by Google

ich sie in der Anstalt selbst oder unter ärztlicher Controlle ausserhalb der Anstalt hatte. Rückfällig wurden sie erst, als ihnen jeder moralische Rückhalt in dieser Richtung entzogen war. Und diese Generalprobe vermisse ich in dem von *Forel* mitgetheilten Falle. In Erkenntniss dieser Sachlage wird jetzt auch von *Forel* bei der Behandlung der Trinker das Hauptgewicht auf die Ausbreitung der Abstinenzvereine gelegt, in welchen die durch Hypnotismus zur totalen Enthaltsamkeit von geistigen Getränken präparirten Individuen dauernd controllirt und vor Rückfällen geschützt werden. Hier wird also der Hypnotismus zum Hülfsmittel, um rascher und ausgiebiger Abneigung und Widerwillen gegen alkoholische Getränke zu suggeriren, aber dasselbe ist — wie *Forel* selbst angiebt — nur bei sehr suggestiblen Menschen von wesentlichem Einfluss und ohne die Controlle des Mässigkeitsvereins nur vorübergehend wirksam. Von den 24 in der Irrenanstalt Burghölzli behandelten Alkoholikern wurden 12 hypnotisirt und 12 ohne Hypnose behandelt, welche völlige Abstinenz gelobten. Von der ersten Gruppe sind 4 abstinent geblieben und von der zweiten Gruppe 6. Wielange diese Heilung andauerte seit dem Beginn der Behandlung, ist leider nicht angegeben. Die kleine Liste lehrt aber, dass die hypnotische Behandlung zum mindesten keine Vortheile gegenüber den sonstigen moralischen und administrativen Maassregeln in der Behandlung der Trinker aufweist. Ich habe gerade diesen Punkt ausführlicher erörtert, um gewissen Anschauungen, die ich im Kreise der deutschen Mässigkeitsfreunde gelegentlich habe laut werden hören, begegnen zu können, dass der Hypnose resp. der hypnotischen Suggestion eine grössere Bedeutsamkeit in der Behandlung der Trinker künftighin beigemessen werden müsse. Man kann die obigen Auseinandersetzungen kurz dahin zusammenfassen, dass der Hypnotismus nur bei einer relativ geringen Zahl von Trinkern eine grössere Wirksamkeit besitzt und auch in diesen günstigen Fällen als Heilmittel gegen die Trunksucht für sich allein nicht gelten kann, denn es handelt sich, um das nochmals hervorzuheben, bei diesen Trinkern nicht um die suggestive Beseitigung einer einzelnen die geistige Persönlichkeit nicht tiefer beeinflussenden schädlichen Neigung, sondern um die Umwandlung einer geistig völlig veränderten Persönlichkeit.

Dieselben Bedenken, die hier gegen die Heilkraft der Suggestionsbehandlung vorgebracht wurden, sind auch gültig bei der Beurtheilung der Bestrebungen, moralisch entartete Kinder mittelst dieser Methode umzuwandeln. Ich habe oben über solche Erfolge von *A. Voisin* berichtet. Aehnliche günstige Ergebnisse will *E. Bérillon* und *Homén* erzielt haben. Wir stehen solchen Berichten vorerst völlig rathlos entgegen, denn auf der einen Seite widerstrebt es, die Glaubwürdigkeit und Urtheilskraft der Berichterstatter einfach anzuzweifeln, auf der andern Seite stehen ihre Mittheilungen in völligem Widerspruch mit unsern ganzen wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen auf diesem Gebiete.

Viel eher ist es denkbar, dass gewisse psychopathische Krankheits-

Digitized by Google

erscheinungen, welche sich als isolirte und unvermittelt dastehende krankhafte Neigungen bei sonst nicht tiefer geschädigten Persönlichkeiten vorfinden, durch die hypnotische Suggestion beeinflusst werden können. Ich habe hier vor Allem die Behandlung der perversen bez. conträren Sexualempfindung im Auge und verweise besonders auf die Mittheilungen von *v. Schrenck-Notzing*, *Ladame*, *v. Krafft-Ebing*; aber ich möchte hierzu Folgendes erwähnen: Auf keinem anderen Gebiet ist eine bewusste oder unbewusste Selbsttäuschung des „Patienten" so naheliegend wie auf dem sexuellen. Nirgends liegen die letzten Ursachen oder die ersten Anfänge von Verirrung und Verschuldung tiefer und verwickelter als auf diesem Gebiete, nirgends ist die Versuchung grösser, moralisch oder gesetzlich verpönte und unserem heutigen Culturzustande nicht mehr angepasste Begehrungen mit dem schützenden Mäntelchen der krankhaften Veranlagung zu umhüllen. Ich bestreite keineswegs die Bedeutsamkeit unserer fortgeschritteneren Erkenntniss auf diesem Gebiete; ich glaube nur gerade im Hinblick auf die mitgetheilten Erfolge der Suggestivtherapie bei conträrer Sexualempfindung darauf hinweisen zu sollen, dass Betrug und Täuschung, bewusst und unbewusst, hier sehr häufig vorkommen, und dass gerade hier die Popularisirung unserer wissenschaftlichen Erfahrungen der nüchternen kritischen Durchforschung eines dunklen Gebietes hinderlich werden kann. Die Mächtigkeit der sexuellen Empfindungen und der damit zusammenhängenden Vorstellungen bringt es mit sich, dass dieselben bei vielen Menschen sehr leicht in den Vordergrund ihrer geistigen Vorgänge gerückt werden, und dass sehr häufig „Autosuggestionen" von zweifelhaftem Werth durch Wort und Schrift über den Gegenstand der conträren Sexualempfindung wachgerufen werden.

Man wird es also dem Psychiater, der gerade in seiner forensischen Thätigkeit Gelegenheit hat, die eigenthümliche Verquickung abnormer sexueller Neigungen mit gesteigerter „physiologischer" Erregbarkeit zu studiren, nicht verargen, wenn er in Beziehung auf die Selbstbekenntnisse dieser „conträren" Menschen sowie auf die völlige Umwandlung ihrer sexuellen Empfindungen und Neigungen durch die Hypnose noch einige Zweifel hat.

In diese Kategorie unfertiger psychopathischer Zustände mit isolirten Krankheitserscheinungen gehören die Fälle mit fixirten d. h. mit nur in bestimmter Richtung und in Verbindung mit bestimmten äusseren Umständen und Begebenheiten auftretenden Zwangsempfindungen und Zwangsvorstellungen, die obsessions émotives, intellectuelles und impulsives der Franzosen. Die obige Zusammenstellung der günstig durch den Hypnotismus beeinflussten Fälle (vergl. *van Eeden* und *van Renterghem*, *Bérillon* etc.) zeigt uns, dass hier wohl das hoffnungsreichste Gebiet der Suggestivtherapie für den Psychiater gelegen ist, und wenn wir dem Grundsatze huldigen, dass wir in allen Fällen, in welchen die bisher geübten Behandlungsmethoden erfolglos gewesen sind, die Anwendung der hypnotischen Heilsuggestion

Digitized by Google

durchaus für berechtigt anerkennen, so müssen wir gerade bei diesen psychopathischen Zuständen, welche ihren Träger sehr häufig zu dem unglücklichsten Patienten machen, dem Versuche der hypnotischen Behandlung das Wort reden, ob aber die Erfolge den Erwartungen, welche durch die Mittheilungen der obigen Autoren geweckt wurden, entsprechen würden, ist uns mehr als zweifelhaft. Mein in dieser Richtung nicht sehr grosses Material von hypnotischen Versuchen hat diese Erfolge nicht bestätigen können. Entweder waren die betreffenden Personen nicht zu hypnotisiren oder trotz erlangter Hypnose nur in geringem Maasse suggestibel. Von einem eigentlichen Heilerfolge könnte ich in keinem der von mir beobachteten Fälle sprechen.

Wenn wir die oben gegebene kurze Uebersicht über die bisher mit günstigem Erfolge behandelten Fälle von Geisteskrankheiten nochmals ins Auge fassen, so finden wir, dass nach Abzug einiger vereinzelter Fälle von reiner Melancholie die überwiegende Mehrzahl hysterische Geisteskranke waren. Es führt uns dies auf das viel besprochene Gebiet, welche Bedeutung das hypnotische Heilverfahren bei der Behandlung dieser Krankheitszustände besitzt. In meinen früheren Veröffentlichungen habe ich auf Grund meiner eigenen Untersuchungen die Ansicht ausgesprochen, dass es fast ausschliesslich die Fälle schwerer Hysterie sind, welche die hypnotische Behandlung mit Nutzen verwerthen lassen. Dieser Annahme zuwiderlaufend hat *Forel* die Ansicht ausgesprochen, dass die Hysterie den geringfügigeren Antheil für die Werthschätzung der hypnotischen Heilsuggestion beanspruchen dürfe. Ich kann an dieser Stelle diese Frage nicht genau erörtern: zu diesem Zwecke wäre eine ausführlichere Besprechung einerseits über die Begriffsbestimmung der Hysterie überhaupt, andrerseits über die unterscheidenden klinischen Merkmale der sog. grossen und kleinen Hysterie, der voll entwickelten Hysterie mit specifischen Anfällen, der monosymptomatischen Form ohne ausgeprägte Allgemeinerscheinungen nothwendig. Diese Aufgabe ist in Beziehung auf die Suggestivtherapie in gründlicher Weise von *Babinski* gelöst worden, dem ich mich in seinen Schlussurtheilen fast durchwegs anschliessen kann. Auch ich bin der Ueberzeugung, dass Hypnotismus und Hysterie in innigster Verwandtschaft zu einander stehen, und dass ersterer so gut wie letztere eine pathologische Erscheinung ist. *Forel* vertritt bekanntlich den Standpunkt der Nancyer Schule, welche die schweren vollentwickelten Formen der Hysterie völlig loslöst von anderweitigen „nervösen" Krankheitszuständen und die Heilwirkung der hypnotischen Suggestion besonders für die letzteren gelten lässt. Es geschieht dies hauptsächlich auf Grund der theoretischen Voraussetzung, dass der hypnotische Zustand eine physiologische Erscheinung sei, welche mit dem normalen Schlafe auf eine Stufe gestellt werden müsse: bei beiden sei in gleicher Weise die Empfänglichkeit für Suggestivbeeinflussung gesteigert. Jede Parallele mit den pathologischen Schlafzuständen, dem Somnambulismus, dem hysterischen Schlaf, den epileptischen Dämmer-

Digitized by Google

zuständen, der Katalepsie u. s. w. wird ängstlich vermieden. Ja, um diese Verwandtschaftsbeziehungen möglichst auszuschliessen ist von *Bernheim* neuerdings der Begriff des Hypnotismus immer mehr eingeengt worden, indem als das Wesentliche nicht mehr der Schlaf, sondern nur die erhöhte Suggestibilität betrachtet wird. Bei dieser Auffassungsweise wird es leicht verständlich, warum die Nancyer Schule den Gedanken von sich abweist, dass einerseits die Hysterischen sowohl im erhöhten Maasse suggestibel als auch hypnotisabel sind. Letzterer Begriff ist hier natürlich in dem älteren Sinne aufzufassen, dass der hypnotische Schlafzustand leichter erzielbar ist. Zum Beweise für die Auffassung der Nancyer Schule werden besonders die Fälle von schwerer Hysterie herangezogen, welche dem hypnotischen Verfahren direct unzugänglich sind. Es ist zweifellos richtig, dass es solche Fälle giebt, und man wird der Erklärung von *Forel* durchaus beipflichten können, dass hier gewisse Autosuggestionen der suggestiven Beeinflussung von aussen mit Erfolg widerstreiten. Daneben bleibt aber gewiss eine bedeutend grössere Gruppe sehr hypnotisabler hysterischer Kranker übrig. Gerade wenn man die Veröffentlichungen *Bernheim*'s zur Grundlage der Werthschätzung des Heilhypnotismus nimmt, so wird man unter den dort mitgetheilten Krankenbeobachtungen auf eine grosse Zahl hysterischer Kranker stossen, welche die ausgeprägtesten Erscheinungen der grossen Hysterie darboten. Die Schwierigkeit der hypnotischen Behandlung der Fälle mit vollentwickelter Hysterie besteht nun darin, dass auch bei dem Nancyer Verfahren[1]) gelegentlich im hypnotischen Zustande Folgeerscheinungen ausgelöst werden, welche mit den stattgehabten Suggestionen in keinerlei directem Zusammenhange stehen, sondern unabhängig davon die schwersten hysterischen Krankheitserscheinungen darstellen (Convulsionen, automatische Akte, heftige Affectausbrüche, Hallucinationen u. s. w.). Diese eigenthümlichen Zwischenfälle, welche bei der hypnotischen Behandlung hysterischer Kranker gelegentlich hervortreten, waren es vornehmlich, welche mich früher zu dem Schlusse berechtigten, dass der Hypnotismus an sich — selbst bei vorsichtiger Anwendung — kein ungefährliches, sondern ein in seinen Folgen unberechenbares Heilmittel darstelle. Dieser Ausspruch hat bei den begeisterten Anhängern des Hypnotismus die grösste Entrüstung hervorgerufen und wurde mit der Entgegnung abgefertigt, dass geübte, erfahrene und geschickte Untersucher diesen Zwischenfällen nicht ausgesetzt seien. Ohne auf diesen Einwand einzugehen, welcher mir implicite den

[1]) Es muss hier noch einmal darauf hingewiesen werden, dass auch die Nancyer Schule die Verbalsuggestion mit Fixation des Blickes, Anstarren der Versuchsperson und andern „physikalischen" hypnogenen Mitteln verbindet. Hierbei ist es gleichgültig ob sie die Wirksamkeit dieser Proceduren ebenfalls ausschliesslich als suggestive Mittel bezeichnet; maassgebend ist nur die Thatsache, dass auch sie dieser Hülfsmittel nicht entbehren kann.

Digitized by Google

Vorwurf eines ungeschickten und unzweckmässig operirenden Untersuchers macht, möchte ich darauf hinweisen, dass auch in den Publicationen der Gegner dieser Anschauung Aeusserungen enthalten sind, welche meine Meinung unterstützen. *van Eeden* und *van Renterghem* betonen, dass bei der Hysterie es Fälle giebt, bei welchen die hypnotischen Versuche eine Verschlechterung der Symptome herbeiführen. *Forel* äussert sich an zwei Stellen folgendermaassen: „Es fällt mir übrigens nicht ein, die grosse Suggestibilität vieler Hysterischen und sogar mancher anderer Neuropathen zu leugnen. Wenn ich sage, dass solche Kranke viel mehr autosuggestibel als suggestibel sind, muss man dieses recht verstehen. Während es leicht ist, bei Gesunden diejenigen Suggestionen mit Erfolg zu Stande zu bringen, die man beabsichtigt, und keine andere aufkommen zu lassen, sowie auch alle etwaigen schädlichen, vom Hypnotiseur nicht beabsichtigten Autosuggestionen des Hypnotisirten durch Gegensuggestion sofort zu beseitigen, sehen wir umgekehrt, dass die genannten Kranken die Tendenz haben, aus den leisesten Indicien, aus Mienen, aber auch aus ihren eigenen Launen, Gefühlen, aus jedem Phantasiebild intensive Suggestivwirkungen zu erfahren, welche sehr oft viel stärker sind als die beabsichtigten Suggestionen des Hypnotiseurs, und sogar oft gegen den bewussten Wunsch der Kranken selbst über alle andern Einflüsse siegen“ [1]). „Autosuggestionen von Hysterischen, vorübergehende leichte Eingenommenheit des Kopfes u. a. m., sowie bei den ersten Versuchen und noch mangelhafter Uebung auch wohl ein paar Mal Verfallen in Autohypnose waren die einzig beobachteten „Schädigungen“ [2]). Es ist zu bedauern, dass *Forel* die Beantwortung der hochwichtigen Frage, in wie weit die hypnotischen Proceduren unangenehme Nebenwirkungen oder sogar tiefergreifende Schädigungen der damit behandelten Patienten herbeiführen können, mit der Aufzählung einiger leichterer und vorübergehender Störungen durch die Wendung „u. dergl. mehr“ beendigt. Auch in dem citirten Passus ist von *Forel* selbst die Wichtigkeit der Autosuggestion nicht nur bei Hysterischen, sondern auch bei andern neuropathischen Persönlichkeiten hervorgehoben worden; mit häufigerer Wiederholung der Hypnose steigert sich bekanntlich die Empfänglichkeit für dieselbe und auch die Neigung zum Auftreten von Autohypnosen. Wenn *Forel* sagt, dass weder von ihm, noch von den anderen hervorragenden Vertretern der Nancyer Schule bei ihrem Verfahren schädliche Nachwirkungen in dem früher von mir erörterten Sinne [3]) beobachtet worden seien, so ist dies zum mindesten für die Hysterischen nach dem eigenen Urtheile dieser Autoren nicht ganz zutreffend (vgl. *Burckhardt*). Und wenn man diese Hysterohypnosen mit ihren gelegentlichen unangenehmen Nebenwirkungen von der normalen physiologischen

[1]) Hypnotismus, 2. Aufl., Stuttgart 1891, Seite 108.
[2]) Hypnotismus, 2. Aufl., Stuttgart 1891, Seite 103—104.
[3]) Therapeut. Monatshefte, 1889.

Digitized by Google

Hypnose, die völlig gefahrlos sein soll, als nicht gleichwerthig trennen will, so begeht man meines Erachtens zu Gunsten einer unbewiesenen theoretischen Prämisse eine wissenschaftliche Gewalthandlung. Aber auch bei neuropathischen Individuen, die keine ausgeprägten Krankheitserscheinungen der grossen Hysterie darboten, lassen sich gelegentlich unangenehme Nachwirkungen der hypnotischen Behandlung auffinden. Meine eigenen Erfahrungen in dieser Richtung habe ich früher schon mitgetheilt. Meine Anschauungen über die Wirkungsweise der Hypnose, insbesondere bei öfterer Wiederholung derselben an derselben Versuchsperson brauche ich hier nicht zu wiederholen. Sie wissen, dass nach meiner Ueberzeugung länger fortgesetzte hypnotische Proceduren die geistige Spannkraft, die selbstthätige intellectuelle Leistung des Individuums herabzusetzen im Stande sind, dass also geistige Müdigkeit, verminderte geistige Arbeitsfähigkeit als Nachwirkungen länger fortgesetzter hypnotischer Behandlung auftreten. Es war mir nun sehr lehrreich, in der letzten Zeit über zwei Fälle Bericht zu erlangen, welche von berufenen Hypnotiseurs aus der Nancyer Schule längere Zeit, der eine an nervöser Schlaflosigkeit, der andere an nervösem Asthma, behandelt wurden. In beiden Fällen waren noch monatelang nach Abschluss der hypnotischen Behandlung eine vorher nicht bestandene Unfähigkeit zu geistiger Production und zu angestrengterer Berufsthätigkeit vorhanden. In dem zweiten Falle bestand aber ausserdem die unangenehme Nebenerscheinung, dass der Patient sehr häufig bei Tage in lethargische Zustände verfiel, also Anfälle von spontanem hypnotischen Schlaf hatte.

Es haben mich diese Anschauungen damals zu der Schlussfolgerung geführt, dass das hypnotische Heilverfahren an sich kein gleichgültiges und gefahrloses sei, und dass dasselbe deshalb nur in solchen Fällen zur Verwendung gelangen sollte, welche wegen der Schwere der vorhandenen Krankheitserscheinungen und der Erfolglosigkeit anderer Behandlungsmethoden die Anwendung dieses Heilverfahrens rechtfertigten. Am gefahrlosesten und relativ unschädlichsten ist aber die Hypnose bei solchen Kranken verwendbar, welche vermöge ihrer krankhaften Zustände die günstigsten Vorbedingungen für die Einleitung der Hypnose und die Ausführung von Heilsuggestionen darbieten. Gemäss den oben entwickelten Anschauungen trifft diese Voraussetzung für eine grössere Zahl von Hysterischen zu, und es wird demgemäss hier das ergiebigste Arbeitsfeld für die Heilsuggestion zu suchen sein. Was werden wir durch dieselbe erreichen? Wir haben in der hiesigen Klinik eine grössere Zahl hysterischer Geisteskranker, darunter 6 Fälle schwerer Geistesstörung mit hallucinatorischen und convulsivischen Attaquen hypnotisch behandelt. In allen Fällen gelang es, die hysterischen, insbesondere die paroxysmellen Krankheitserscheinungen mit Leichtigkeit vorübergehend zum Schwinden zu bringen, die Ernährung, den Schlaf, sogar die Urin- und Kothentleerung günstig zu beeinflussen, Lähmungen, Contracturen, Sensibilitätsstörungen,

Digitized by Google

Anästhesie, Hyperästhesie, Neuralgien u. s. w. vorübergehend zu beseitigen, aber eine Hysterische zu heilen d. h. die eigenartige hysteropathische Charakterbeschaffenheit (die Neigung zu affectiven Ausbrüchen, zur einseitigen, theilweise wahnhaften egocentrischen Verarbeitung des Vorstellungsinhalts, zu explosiven triebartigen motorischen Reactionen) von Grund auf zu ändern, ist mir nicht gelungen. Die Wiederkehr auch der paroxysmellen Erscheinungen, hallucinatorische convulsivische Anfälle zu verhüten, ist nach meinen Erfahrungen für die überwiegende Mehrzahl der Fälle unmöglich. Nur in einem einzigen Falle habe ich die von anderer Seite (vergl. die Mittheilungen aus der *Charcot*'schen Schule) gemachte Erfahrung bestätigen können, dass die hysterischen Paroxysmen im Laufe der hypnotischen Behandlung völlig schwanden. Seit der Entlassung dieser Kranken aus der Anstaltsbehandlung ist jetzt ein Zeitraum von 2 Jahren verstrichen, während welches ich immer Gelegenheit hatte, den Zustand der Kranken zu controlliren. In dieser Zeit sind weder erneute hystero-epileptische Anfälle, noch isolirte Krämpfe, Contracturen etc. aufgetreten, während die typischen Veränderungen der Gesichtsfelder, die hemilateralen Sensibilitätsstörungen das Fortbestehen der Hysterie auch auf somatischem Gebiete beweisen. Bei drei anderen Kranken war ein wesentlicher Einfluss auf die hysterischen Paroxysmen, weder in Beziehung auf Intensität, noch auf die Häufigkeit ihres Auftretens, nicht zu constatiren, trotzdem die Einzelanfälle jederzeit durch die Hypnose unterbrochen bezw. im Beginn unterdrückt werden konnten. Bei einer Kranken, die gegenwärtig noch in Behandlung ist, sind zweifellos die Anfälle leichter und kürzer dauernd geworden, dabei ist jedoch die Zahl der Attaquen nicht wesentlich eingeschränkt worden. In dem 6. Falle, welcher ebenso wie der erste mit Morfinismus und Cocainismus vergesellschaftet gewesen war, bestanden neben ausgeprägter gemischter Hemianästhesie protrahirte hallucinatorische Delirien mit hochgradiger affektiver und motorischer Erregung und absoluter Schlaflosigkeit. Letztere wurde zweifellos durch die Hypnose trefflich beeinflusst und dadurch die Entziehung erleichtert. Die Kranke befindet sich jetzt seit Jahresfrist relativ wohl, es sind weder hysterische noch erneute psychische Störungen, noch ein Rückfall im Missbrauch narkotischer Mittel aufgetreten, doch hat eine erneute Untersuchung das Fortbestehen der somatischen hemilateralen Erscheinungen feststellen lassen. Es ist diese letztere Thatsache doppelt interessant, da die Kranke zur Beseitigung heftigster visceraler Neuralgien sich nach Ablauf der psychischen Krankheitserscheinungen der doppelseitigen Castration unterzogen hat. Diese Erfahrung bestätigt aufs Neue, dass auch dieser operative Eingriff eine radicale Heilung der hysterischen Krankheitserscheinungen nicht bewirken kann.

In diesen 6 Beobachtungen war die Hypnose leicht durch kurzdauernde Fixation des Blickes, leichtes Streichen des Gesichts und Verbalsuggestion des Schlafes zu erzielen. Es genügte dann, Schwinden der motorischen Reizerscheinungen und gleichzeitig der Hallucinationen zu suggeriren und

Digitized by Google

so die Kranken in einen ruhigen Schlaf überzuführen. Am vortheilhaftesten ist es gleich im Beginn der Anfälle die Hypnose einzuleiten und die Suggestion eines mehrstündigen ruhigen Schlafes, aus welchem die Kranken mit vollständigem Wohlbefinden aufwachen werden, hinzuzufügen. Dass aber dieser Erfolg keineswegs in allen Fällen erreicht werden kann, lehrt eine Beobachtung, über die ich kurz referiren will. Eine junge 26jährige erblich belastete Dame, bei welcher somatisch die Erscheinungen der Hysterie nur unvollständig entwickelt waren, klagte über mangelnde Gehfähigkeit in Folge von Mattigkeitsgefühl in den Beinen und Schmerzen in den Hüften, ausserdem bestanden Schmerzen in allen Gelenken. Mittelst der Hypnose und geeigneter Suggestion wurde die Gehfähigkeit erheblich gebessert und die Schmerzen gemildert. Auch die vorhandene Schlaflosigkeit wird durch die Suggestionen des Einschlafens erfolgreich bekämpft und auch das Aufwachen zu einer bestimmten Stunde erzielt. Dieser suggerirte Schlaf ist jedoch durch unruhige schreckhafte Träume wenig erquickend und öfters durch stundenlanges Wachsein gestört. Kurze Zeit vor der durch die Suggestion voraus bestimmten Zeit schläft Pat. wieder ein, um pünktlich zum genannten Termin aufzuwachen. Während des nächtlichen Wachseins ist Patientin sehr erregt, weinerlich und schreckhaft, fühlt einen unmotivirten Thätigkeitsdrang (schreibt z. B. seitenvoll dasselbe Wort) und hat leichte Ideenflucht. Mehrfach wurde controllirt, dass ohne Hypnose diese Zustände nicht eintreten. Die Suggestion eines ruhigen ununterbrochenen Schlafes war wirkungslos. In der vorliegenden Beobachtung, die ausser dem Rahmen der schweren Hysterie steht und demgemäss nach den *Bernheim-Forel*'schen Grundsätzen bei zweckmässiger Suggestivbehandlung keine unangenehmen Nebenwirkungen zeigen sollte, finden wir eine eigenthümliche meines Wissens bisher nicht beschriebene Störung des gehofften Erfolges. Auf der einen Seite völliger Gehorsam in Beziehung auf die hypnotischen Eingebungen, auf der andern Seite Störungen des hypnotischen Schlafes durch psychische Erregungszustände.

Diese letzteren Erscheinungen haben die grösste Verwandtschaft mit den eigenartigen Suggestivwirkungen, welche ich früher (vergl. meine früheren Mittheilungen) bei hypnotischen Versuchen an Geisteskranken mit einfacher und hallucinatorischer Paranoia beobachtet habe. Ich habe darüber schon in meiner ersten Arbeit[1]) kurz berichtet und sind in meiner Klinik durch mich und meine Assistenten auch bei späteren Versuchen analoge Erscheinungen beobachtet worden. Ich habe sie dort „abortive Formen des Hypnotismus" genannt und äussern sich dieselben durch vasomotorische Reiz- und Lähmungserscheinungen, Erweiterung der Pupillen, die Tendenz zu allgemeinen und localen Contracturen, heftigen Zitterbewegungen, vor allem durch das Auftreten heftiger psychischer Aufregungszustände. Ausserdem habe ich auch damals schon darauf aufmerksam

[1]) *Eulenburg*'s Realencyclopädie II. Aufl.: Hypnotismus.

Digitized by Google

gemacht, dass in den selteneren Fällen, in welchen bei acuter hallucinatorischer Paranoia (im Stadium des Abklingens der Krankheitserscheinungen) oder bei chronischen der Paranoia oder secundären Demenz angehörenden Krankheitsfällen die Hypnose mittelst Fixation des Blickes, Streichen und Verbalsuggestion gelingt, sich auch nach Ablauf aller durch die Hypnose bewirkten Vorgänge oft mehrere Stunden später Zustände von posthypnotischen Delirien entwickeln können. Es ist dies ein Punkt, auf den, soweit meine Kenntniss der Litteratur reicht, bisher nicht weiter eingegangen worden ist. Es würde gerade für die Erkenntniss der hypnotischen Zustände von grosser Bedeutung sein, wenn, angeregt durch diese Mittheilungen, in unsern deutschen Irrenanstalten neuerdings wieder durch ausgedehntere Untersuchungen die Richtigkeit dieser Beobachtungen geprüft werden würde. Auf diese Erfahrungen stützt sich auch der Nachsatz in meiner zweiten These. Zum Schlusse dieser Ausführungen, die der mir gestellten Aufgabe entsprechend, vorzugsweise das Arbeitsfeld der Irrenanstalten für die vorliegende Frage beleuchtet haben, kann ich zusammenfassend Folgendes als das thatsächliche Ergebniss der Umschau in der Litteratur und der eigenen Erfahrungen hervorheben: Die Erzeugung der Hypnose bei Geisteskranken ist freilich unter Zuhülfenahme gewaltsamer, keineswegs der Nancyer Methode entsprechender Hülfsmittel durch *A. Voisin* bewirkt worden. Die Zahl der günstig beeinflussten Fälle ist relativ gering. Seine Mittheilungen über geheilte Fälle beziehen sich — soweit es sich nicht um Morfinisten und Trinker handelt — auf melancholiche Krankheitszustände, welche z. Th. zweifellos auf hysterischer Basis erwachsen sind. Seine Erfahrungen über die völlige Umwandlung pathologischer Charaktereigenschaften bei geistig defecten Individuen sind mit grösster Vorsicht aufzunehmen und bedürfen umfassendster Nachprüfung. Auch die therapeutischen Versuche von *Burckhardt*, welcher ebenfalls keine reine Suggestivhypnose zur Anwendung bringt, betreffen, wenn die Intoxicationspsychosen (Morphinismus, Alcoholismus etc.) ausgeschaltet werden, z. Th. hysterische Geisteskranke, z. Th. complicirte, den hereditär degenerativen Geistesstörungen zuzuzählende Krankheitsformen. Einfache uncomplicirte affective Psychosen sind in seiner Zusammenstellung nicht enthalten. Heilungen im eigentlichen Sinne des Wortes stellen seine Erfolge nicht dar. Ausserdem birgt die Litteratur noch vereinzelte Fälle durch hypnotische Suggestion geheilter Melancholien. Auch für diese Mittheilungen ist eine skeptische Auffassung durchaus berechtigt, indem einerseits die Diagnostik manche Bedenken wachruft, sofern auch hier complicirte hysterische Kranheitszustände als einfache Melancholien beschrieben sind, andrerseits der Beweis für die erzielte Heilung durch länger fortgesetzte Beobachtung dieser Fälle oft nicht erbracht ist. Für das grosse Gebiet der primär intellectuellen Psychosen ist in Beziehung auf die hypnotische Behandlung noch wenig erforscht. Soweit die bisherigen Erfahrungen reichen, sind die Mehrzahl dieser Kranken der Hypnose nicht zugänglich: Wenn

Digitized by Google

auch die Hypnose gelingt, so besitzt sie keinen heilenden Einfluss, da die Kranken der Suggestiveinwirkung bezüglich ihrer krankhaften Vorstellungsthätigkeit nicht zugänglich sind.

Die therapeutischen Erfolge in Beziehung auf den chronischen Alcoholismus sind zweifelhaft, doch kann die Hypnose hier anderweitige Heilfactoren unterstützen. Von grösserer Bedeutung scheint das hypnotische Verfahren nach neueren Beobachtungen resp. die Suggestionstherapie bei der Behandlung der Hypochondrie und von Zwangsvorstellungen zu sein, doch fehlen auch hier noch genügende Unterlagen zur Beurtheilung der Frage, ob thatsächlich eine definitive Heilung dieser Krankheitszustände oder nur die Bekämpfung einzelner Krankheitserscheinungen erreicht werden kann.

Das unklare Gebiet der conträren resp. perversen Sexualempfindung ist, trotz der bisher mitgetheilten günstigen Erfolge, zu exacten Forschungen über die Heilwirkungen der hypnotischen Suggestion kaum geeignet. Am geeignetsten für die hypnotische Behandlung und gelegentliche Erfolge versprechend sind die Fälle von hysterischer Geistesstörung in allen ihren Erscheinungsformen. Mit diesem als III. These aufgestellten Schlusssatze möchte ich diese Betrachtungen schliessen, indem ich den Wunsch hinzufüge, dass in unseren deutschen Anstalten zur Aufhellung dieses dunklen Arbeitsgebietes sich viele Mitarbeiter mit klarem vorurtheilslosen Sinne, ohne Voreingenommenheit, aber auch ohne unkritischen Enthusiasmus finden mögen.

Corref.: Dr. *v. Krafft-Ebing*-Wien[1]): Mit Recht hat von jeher psychische Therapie bei psychisch Kranken Verwerthung gefunden. Schon im Alterthum, sicher zu biblischer Zeit, hat Suggestion z. B. in Gestalt von Händeauflegung, Gebet, Beschwörung u. dgl. bei Geisteskranken (speciell Hysteropathischen, Dämonomanischen) Erfolge erzielt.

Der Einfluss der psychischen Therapie auf die den psychischen Anomalien zu Grunde liegenden leiblichen Vorgänge kann ein indirecter und directer sein. — Ein indirecter Einfluss wird damit gewonnen, dass Stimmungen, Gefühle, Vorstellungen, Strebungen gewünschter Art hervorgerufen und dadurch auf leibliche Functionen der Circulation (Herz), der Verdauung, des Schlafes u. s. w. eine Wirkung erzielt wird. Eine directe Beeinflussung der Leiblichkeit durch Hervorrufung von psychischen Factoren (Vorstellungen) ergiebt sich aus der empirischen Thatsache, dass man durch Vorstellungen auf die Leiblichkeit einwirken, bezügliche Empfindungen hervorrufen, ja selbst leibliche Veränderungen bewirken kann. Unzählige psychisch Kranke (Hysterische, Neurastheniker, Hypochonder u. s. w.) besitzen diese Fähigkeit der autosuggestiven Beeinflussung ihres Nervensystems durch Vorstellungen, und eine Hauptaufgabe der Psychotherapie erscheint die Bekämpfung dieser autosuggestiven Vorgänge durch die indirecte

[1]) Vgl. Wiener klin. Wochschr. 1891. No. 43.

oder directe zielbewusste Gegenwirkung des Arztes (Fremdsuggestion). Bekannt ist die Mangelhaftigkeit der Wirkung der Fremdsuggestion, sowohl der directen als indirecten bei solchen Kranken im wachen Zustand, in welchem ihre Autosuggestionen meist mächtiger sich erweisen, als die Contrasuggestion des Arztes.

Von grösstem Werth muss daher theoretisch ein Verfahren sein, mit Hülfe dessen die Macht der Autosuggestion verringert, bis auf Null reducirt werden und zugleich die der Fremdsuggestion gesteigert werden kann.

Darauf beruht der eventuelle Sieg der Fremdsuggestion über die Autosuggestion und möglicherweise die Genesung des Kranken.

Es handelt sich hiebei aber nicht um einfaches Ausreden von Einbildungen, wie der Laie meint, nicht um Leistungen der Logik und Dialektik, sondern um complicirte psycho-physiologische Vorgänge, die nur der psychiatrisch gebildete Arzt verstehen und mit Aussicht auf Erfolg beeinflussen kann.

An einem häufig sich darbietenden Beispiele lässt sich dies erweisen. Ein Individuum leidet an einer psychischen Lähmung. Es bildet sich ein, seinen durch einen Eisenbahnunfall leicht contusionirten Arm nicht gebrauchen zu können. Es handelt sich also um eine Lähmung durch „Einbildung". Jedenfalls entspricht der chirurgische Befund nicht dem Grad der Functionsstörung.

Zweifellos hat die Vorstellung der Lähmung die eingetretene Lähmung bewirkt, aber dieser ungewöhnliche Erfolg einer Vorstellung ins Leibliche beruht auf einer geistig-leiblichen Modification, einer molecularen Veränderung im Central-Nervensystem infolge veranlagter und durch den ursächlichen Shok geschaffener gelegentlicher Bedingungen. Die eingetretene „psychische" Lähmung ist nur Theilerscheinung einer allgemeinen („traumatischen") Neurose. Diese Lähmung ist aber überdies nicht blos ein undefinirbares psychisches Etwas, sondern ein klinischer, auch somatisch sich manifestirender Symptomencomplex.

Abgesehen von traumatischem, eventuell durch Richtung der Aufmerksamkeit auf den leidenden Theil unterhaltenem und gesteigertem Schmerz und dadurch im Bewusstsein angeregter und wach erhaltener Vorstellung der Unfähigkeit zur Bewegung, hat die, gleichgiltig wie, psychisch entstandene Lähmung einen Hemmungseinfluss auf das betr. Armcentrum in der Hirnrinde gewonnen, der sich in Aufhebung der cutanen Empfindung im Lähmungsgebiet, nach Umständen auch der Muskeln, Gelenke u. s. w. kundgiebt. Damit ist das Individuum der Innervationsgefühle und der Anregung derselben durch passive Bewegung verlustig. Zu diesem traumatischen Torpor des betr. Hirnrindencentrums kann sich Hemmung der Geltendmachung früherer Bewegungsanschauungen bis zu förmlicher Seelenlähmung gesellen — das Individuum, im Bannkreis seines Lähmungsgedankens, bekommt weder centripetale noch centrifugale Anstösse zur Bewegung mitgetheilt.

Digitized by Google

Damit erscheint seine Lähmungsidee psycho-physisch fundirt, leiblich gefestigt.

Aber auch Störungen der Circulation (Anämie) im Lähmungsgebiet, gesunkener Muskeltonus, Steigerung der tiefen Reflexe als leibliche Erscheinungen der functionellen Störung können das Bild der sogenannten psychischen Lähmung vervollständigen.

Es wäre thöricht, zu erwarten, dass man durch einfache, wenn auch noch so autoritative ärztliche Suggestion diese Lähmung ohne weiteres beheben könnte. Spontanheilung ist möglich unter dem Einflusse der Zeit, mit welcher der Functionswerth der autosuggestiven Vorstellung nachlässt und der impressionable Zustand des im Sinne einer (traumatischen) Neurose afficirten Nervensystems zurückgeht.

Unterstützend können wirken: der ablenkende Einfluss lebhaft Gemüth und Verstand in Anspruch nehmender anderweitiger Vorstellungen, zuweilen auch ein plötzlich die suggestive Hemmung im Rindengebiet lösender Affect, z. B. eine Lebensgefahr, welche die Lähmung vergessen, den gelähmten Arm gebrauchen lässt, so dass der Kranke in derartiger Leistung eine Contrasuggestion sich selbst ad oculos liefert; in andern Fällen wirkt der suggestive Einfluss für heilkräftig geltender Bäder, Heiligenknochen, Gnadenbilder u. s. w. Nicht selten gelingt es allmälig auch der ärztlichen Suggestion, den Hemmungseinfluss der Autosuggestion auf das Rindencentrum zu lockern und durch gleichzeitige Gymnastik, Massage, Elektrisirung jetzt wieder mögliche Muskel- und Innervationsgefühle zu schaffen und die Wiederkehr von Bewegungs-Anschauungen und willkürlicher Innervation anzubahnen.

Besitzt die medicinische Wissenschaft ein Mittel, um in solchem Falle die Autosuggestion und ihre Wirkung zu eliminiren und gleichzeitig suggestiv Innervationsgefühle und Bewegungs-Anschauungen hervorzurufen, so wird die Genesung eine unverhältnissmässig raschere sein.

Dieses Mittel ist die Hypnose, d. h. ein wesentlich durch psychischen (suggestiven) Einfluss erzeugter, dem normalen Schlafe nahestehender, leiblich-seelischer Zustand, in welchem es nicht blos möglich ist, Autosuggestionen durch Auslöschen aus dem Gedächtniss, sondern auch durch Fremdsuggestionen unwirksam zu machen.

In diesem Zustand besteht überdies der Vortheil, dass der in seinem Willen und seiner Kritik sehr reducirte Patient nicht blos psychisch sehr empfänglich für Fremdsuggestionen ist, sondern auch, dass — wenigstens in tieferer Hypnose — suggestive Einflüsse auch auf die Leiblichkeit (Schlaf, Menstruation, Esslust u. s. w.) durch Vermittlung des Nervensystems möglich sind, die im wachen Zustand einfach sich nicht erreichen lassen.

Im Allgemeinen kommt es therapeutisch darauf an, dauernd krankhafte Functionen zur Norm zurückzuführen, also auf posthypnotische Suggestion, wie der Terminus lautet. Die Hypnose ist Mittel zur

Digitized by Google

Ermöglichung wirksamer Suggestion. Die Wirksamkeit dieser ist zwar zum nicht geringen Theil abhängig von der Tiefe des hypnotischen Zustandes, aber Hypnotisirbarkeit und Suggestibilität sind einander nicht parallel gehende Erscheinungen. Viel kommt auch an auf die Persönlichkeit des Patienten (unbeständige, haltlose, schwankende, oberflächliche Menschen sind schwer suggestibel) sowie auf den autoritativen Eindruck des Arztes und ganz besonders auf die richtige Redaction der betreffenden Suggestion. Schon dadurch wird für diese Behandlungsweise ein feines psychiatrisches und neurologisches Verständniss des concreten Falles erforderlich. Praktisch wichtig ist die Dauerwirkung der Suggestion.

Sie ist individuell sehr verschieden und abhängig von Persönlichkeit des Patienten und Arztes, Tiefe der Hypnose, in welcher die Suggestion gegeben wurde, störenden äusseren Momenten, welche ihr entgegenwirken, inneren Umständen, z. B. Krampfanfällen, welche die Suggestion im Gedächtniss der unbewussten geistigen Persönlichkeit auslöschen u. s. w.

Auffrischung der Suggestion vermag die ursprüngliche Wirkung dann jederzeit herzustellen.

Im Allgemeinen lässt sich sagen, dass suggestive Heilwirkung — Hypnotisirbarkeit vorausgesetzt — überall da möglich ist, wo es sich um blosse functionelle Erkrankung handelt.

Hypnotisch suggestive Behandlung muss ich nach meinen Erfahrungen für unschädlich erklären, sobald sie sachverständig und den Umständen des individuellen Falles angepasst geübt wird.

Es lag nahe, sich eines so ausgezeichneten Mittels zur Ermöglichung wirksamer Suggestionen, wie es die Hypnose darbietet, auch bei psychisch Kranken versuchsweise zu bedienen.

Welche Aenderung des therapeutischen Könnens müsste damit gegeben sein, wenn man die Gefühle, Vorstellungen, Strebungen derartiger Kranker bestimmen, gefährliche Symptome wie z. B. Hallucinationen, Wahnideen suggestiv beseitigen könnte! Für den auf dem Gebiete des Hypnotismus und der Psychiatrie Erfahrenen müssen sich vorweg Bedenken bezüglich des Erfolgs dieser therapeutischen Methode ergeben:

1. weil psychisch Kranke nur ausnahmsweise in jener geistigen Verfassung der Aufmerksamkeit, Unbefangenheit, Gemüthsruhe und Bethätigung der Willenskraft sind, die zum Gelingen der Hypnose überhaupt erforderlich ist;

2. weil viele psychische Erkrankungen auf organischen Veränderungen im Gehirn beruhen und die Suggestivbehandlung doch nur functionelle Störungen beheben kann.

3. weil gewisse Symptome, wie z. B viele Wahnideen und auch Hallucinationen, wenn auch nicht gerade nachweisbar die Folge organischer Veränderungen, doch so complicirte, im psychischen Mechanismus so fest fundirte Phänomene sind, dass sie suggestiv kaum angreifbar erscheinen und die Redaction der gegen sie gerichteten Suggestion überdies schwierig wäre.

Digitized by Google

Theoretisch ergiebt sich somit die Vermuthung, dass Aussicht auf Erfolg hypnotisch-suggestiver Behandlung nur bestehen kann bei sogenannten functionellen Psychosen und zwar: bei Kranken, bei welchen Krankheitsbewusstsein vorhanden und die psychologische Eignung zu Hypnose im Allgemeinen besteht.

Im Allgemeinen würden demnach für hypnotisch-suggestive Behandlung geeignet erscheinen:

blosse Störungen im Gemüthsleben, formale Störungen im Vorstellen, speciell Zwangsvorstellungen; Wahnideen, insofern sie blos autosuggestiv fundirte falsche Ideen, nicht aber Primordialdelirien oder erklärende Ideen Melancholischer sind; endlich erworbene krankhafte Triebrichtungen.

Der herrschenden psychiatrischen Terminologie entsprechend wären es also die Melancholia sine delirio, das Heer der Neuropsychosen, speciell Hysterie, Hypochondrie, Neurasthenie, Psychose in Form von Zwangsvorstellungen, der Alcoholismus, der Morphinismus, Cocaïnismus, Masturbation, erworbene conträre Sexualempfindung.

Wenden wir uns an die Erfahrung, soweit sie bis jetzt vorliegt, so decken sich die Resultate zum Theil mit der theoretischen Vorannahme, theilweise erscheinen sie aber günstiger als das Raisonnement a priori.

Meine eigene Erfahrung bezüglich der hypnotischen Behandlung der Psychosen ist eine bescheidene, da ich bisher ohne rechtes Vertrauen zu derselben sie wenig und nur im Nothfalle anwendete. In mehreren Fällen von Melancholia simplex, von alkoholischem und hysterischem Irresein, von Folie du doute, von Morphinismus, endlich bei conträrer Sexualempfindung und zwar angeborenen und anerworbenen Fällen habe ich theils Heilung, theils erhebliche Besserung erzielt. Eine Kritik der bisherigen Casuistik lässt sie als zu dürftig und vielfach nicht einwandfrei erscheinen. Immerhin kann man sich des Eindruckes nicht erwehren, dass hypnotische Suggestivbehandlung bei manchen Psychosen nicht werthlos ist und zuweilen ganz unerwartete und auch dauernde Resultate liefert.

Im Allgemeinen entspricht der Erfolg den theoretischen Voraussetzungen und Bedingungen, insoferne im Grossen und Ganzen doch nur lucide, willfährige, mit natürlicher Begabung zu hypnotischer Beeinflussung versehene, relativ frische und leichtere Fälle sich für diese Behandlungsweise eignen. Eine Hauptsache ist die richtige Redaction der Suggestionen, bei der mangelhaften wissenschaftlichen Erkenntniss der Pathogenese und des Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen eine recht schwierige Aufgabe.

Es erscheint nach eigener und fremder Erfahrung möglich, krankhafte Stimmungen, Affecte, Gefühle, Triebe, Vorstellungen, selbst Sinnestäuschungen abzusuggeriren oder wenigstens günstig zu beeinflussen, nicht minder körperliche Störungen, wie z. B. Agrypnie, Anorexie, Obstipation, Neuralgie. Die Hypnose verdient daher weiteres Studium und Anwendung

Digitized by Google

bei Psychosen. Möglicher Weise erleichtert ihre Anwendung die Zuhülfenahme von Chloroform nach *Wetterstrand*.

Als der Behandlung zugänglich sind zu bezeichnen: Melancholia sine delirio, Wahnsinn, besonders alkoholischer und hysterischer, hysterische Psychosen überhaupt, chronische Intoxicationen, besonders Alcoholismus und Morphinismus. Besonders bemerkenswerth sind die Erfolge bei Dipsomanie, conträrer Sexualempfindung. Auch die Folie du doute lässt sich günstig beeinflussen. Symptomatisch sind krankhafte Stimmungen, Affecte, Angstgefühle, krankhafte Triebrichtungen, besonders sexuelle, alkoholische. Morphium- und Cocaïnhunger Angriffspunkte für Suggestivbehandlung.

Auch die Vorstellungs- und Willensrichtung lässt sich oft günstig beeinflussen, schädlichen Gewohnheiten, wie z. B. Onanie, begegnen.

Die Möglichkeit einer hypnotisch-suggestiven Bekämpfung von Wahn und Sinnestäuschungen muss zugegeben werden, aber jedenfalls nur bei den oberflächlich sich abspielenden Delirien des toxischen und hysterischen Wahnsinnes. Für die tief fundirten primordialen Wahnideen der Paranoia und der Melancholie erscheint die Suggestivbehandlung aussichtslos.

Eine Discussion schliesst sich nicht an.

Nachdem nunmehr die festgestellte Tagesordnung erledigt war, stellte der Vorsitzende den Antrag Dr. *Krömer*-Neustadt zur Discussion, den zu vertreten Dr. *Siemens*-Lauenburg übernommen hat.

Der Antrag lautete folgendermaassen:

Durch die Ministerial-Rescripte vom 23. September 1888 und vom 19. December 1888 ist den Aerzten das Recht entzogen worden, über die Todesursachen Verstorbener gültige ärztliche Zeugnisse auszustellen, die zur Erlangung von Leichenpässen nöthig sind. Es werden durch diese Rescripte in öffentlichen Irrenanstalten, aus denen die Leichen vieler Verstorbener in die Heimath überführt werden, Störungen und Uebelstände gezeitigt, von welchen jeder Anstaltsdirector Beispiele anzuführen, in der Lage sein wird. Auf dahin gehende Vorstellungen ist den Chefärzten der Militärlazarethe und den Directoren der Universitätskliniken durch die Ministerial-Erlasse vom 11. October 1889, bezw. 7. Februar 1890, das Recht zur Ausstellung gültiger ärztlicher Todesbescheinigungen wieder beigelegt worden.

Es soll versucht werden, dieses Recht den Directoren der preussischen Provinzial-Irren-Anstalten gleichfalls zurückgeben zu lassen und zu diesem Zweck eine Petition zunächst an den Herrn Cultus-Minister, eventuell an den Herrn Reichskanzler abgehen zu lassen.

Auf eine vorläufige Anfrage seitens des Directors Dr. *Kroemer* in Neustadt W.-Pr. an die Directoren der preussischen Provinzial-Irren-Anstalten haben sich mit dem Vorgehen in der Sache einverstanden erklärt und ihre Unterstützung zugesagt:

Digitized by Google

Die Directoren: *Sommer*-Allenberg, *Höstermann*-Andernach, *Nötel*-Andernach, *Störer*-Bunzlau, *Petersen*-Brieg, *Brückner*-Creutzburg, *Ripping*-Düren, *Neuhaus*-Düsseldorf, *Zinn*-Eberswalde, *Schröter*-Eichberg, *Schröder*-Eickelborn, *Küpper*-Eupen, *Schupmann*-Gesecke, *Eickholt*-Grafenberg, *Scheel*-Haina, *Snell*-Hildesheim, *Stoltenhof*-Kortau, *Siemens*-Lauenburg, *Schaefer*-Lengerich, *Alter*-Leubus, *Gerlach*-Marienthal, *Rubarth*-Marsberg, *Kortum*-Merxhausen, *Fries*-Nietleben, *Kroemer*-Neustadt, *Meyer*-Osnabrück, *Kayser*-Owinsk, *Petersen*-Plagwitz, *Borstel*-Plagwitz, *Flügge*-Rügenwalde, *Zander*-Rybnick, *Hansen*-Schleswig, *Grunau*-Schwetz, *Schmidt*-Sorau, *Pütter*-Stralsund, *Knecht*-Ueckermünde, *Reuter*-Wittstock.

Das sind die Directoren sämmtlicher preussischer Provinzial-Irren-Anstalten, mit Ausnahme des Directors *Paetz*-Altscherbitz, der sich nicht betheiligen will, da seine Zeugnisse bei der Erlangung von Leichenpässen nach wie vor ohne die Mitwirkung des Kreisphysikus angenommen werden.

Im Namen dieser Collegen beantrage ich:

„Der Verein der deutschen Irrenärzte wolle die Sache als die seinige betrachten und durch den Vorstand eine Petition an den Herrn Cultus-Minister richten, dahin gehend, dass den Directoren der preussischen Provinzial-Irren-Anstalten, ebenso wie den Chefärzten der Militärlazarethe und den Directoren der Universitätskliniken gestattet werden möchte, die Zeugnisse über die Todesursache der in ihren Anstalten Verstorbenen rechtsgültig auszustellen."

Dr. *Siemens*-Lauenburg befürwortet diesen Antrag und vertritt seinen Inhalt.

Discussion. Dr. *Zinn* sen.-Eberswalde: Ich habe gegen die Annahme des Antrages kein Bedenken. Durch die betreffenden preussischen Ministerien ist den Chefärzten der Militär-Lazarethe und den Directoren der Universitäts-Kliniken die Berechtigung zur Ausstellung der Bescheinigung für Ertheilung von Leichenpässen bereits ertheilt worden. Ich bezweifle nicht, dass die gleiche Berechtigung auch den Directoren der öffentlichen Irrenanstalten zugestanden wird. Ein dringendes Bedürfniss dazu liegt namentlich da vor, wo der Kreisphysikus nicht an demselben Orte wohnt, an dem sich die Irrenanstalt befindet. Wohnt nun gar der Wundarzt, der Vertreter des Kreisphysikus, an einem dritten Orte, so ist die Beschaffung des zur Ertheilung des Leichenpasses erforderlichen amtsärztlichen Attestes mit recht erheblichen Kosten und grossem Zeitverlust verbunden, ja oft bei Abwesenheit des einen oder andern beamteten Arztes von Haus kaum möglich. Grade wenig bemittelte und selbst arme Familien, welche die Leichen ihrer in der Anstalt verstorbenen Angehörigen in der Heimat beerdigen wollen, haben schwer unter der jetzt gültigen Bestimmnng zu leiden. Ich bitte den Vorstand des Vereins grade diesen Umstand besonders in der Petition hervorzuheben und zu betonen, wie sehr ohne jeden sachlichen Grund die Interessen der Familien von in der Irrenanstalt verstorbenen Angehörigen durch die zur Zeit noch in Kraft

Digitized by Google

befindliche Bestimmung, um deren Abänderung wir bitten, geschädigt werden.

Die Versammlung stimmt diesem Antrage zu.

Der Vorsitzende hob hierauf die Sitzung auf, nachdem er der Grossh. Regierung und der Stadt für ihre wohlwollende Aufnahme, dem Local-Comité, bestehend aus dem Herrn Geh. Rath Dr. *Pfeiffer* und Herrn Prof. Dr. *Binswanger*, der „Erholungsgesellschaft" für die gütige Benutzung des Saales, den Anwesenden für ihre rege Betheiligung und den Secretären für ihre Mühewaltung Worte des Dankes gewidmet hatte.

Als neue Mitglieder traten in den Verein ein[1]):

372. Dr. *Karl Zinn*, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Eberswalde.
373. Dr. med. u. phil. *Rob. Sommer*, 1. Assist. der psych. Klinik zu Würzburg.
374. Dr. *W. Schubert*, Assist. der Irrenanstalt zu Leubus.
375. Dr. *Alzheimer*, Assist. der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
376. Dr. *Gerlach*, Assist. der Irrenanstalt zu Königslutter.
377. Dr. *Cl. Gudden*, Dir. der Privatheilanstalt Pützchen bei Bonn.
378. Dr. *O. v. Holst*, Assist. der Privatheilanstalt Bellevue bei Constanz.
379. Dr. *Th. Kirchhoff*, Privatdoc. u. Assist. d. Prov.-Irrenanst. zu Schleswig.
380. Dr. *Mayer*, Assist. der Irrenanstalt zu Hofheim, Hessen.
381. Dr. *P. Mayser*, Dir. der Irrenanstalt zu Hildburghausen.
382. Dr. *F. Reuter*, dir. Arzt der Irrenanstalt zu Lübeck.
383. Dr. *Tornier*, Assist. der Privatheilanstalt zu Obernigk bei Breslau.
384. Dr. *Zacher*, dir. Arzt an der Privatheilanstalt zu Ahrweiler.

***Bruns. Cl. Gudden. Laehr* sen.**

Bericht über die 73. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Juni 1891.

Anwesend 29 Mitglieder. Vorsitzender Dr. *Laehr* sen.

Leppmann-Berlin-Moabit: Simulation von Geistesstörung umgrenzt von Störungsanfall und Rückfall.

Ein in directer Ascendenz erblich belasteter jetzt 39jähriger Bauer

[1]) Vergl. Bd. XVII. Anh. XVIII, 791. XIX, 587. XXI, Suppl. S. 66. XXII, 208, 333, 451. XXIV, 720. XXV, 61. XXVI, 706. XXIX, 103, 473. XXX, 578. XXXII, 194. XXXIII, 59. XXXIV, 108, 705. XXXV, 520. XXXVI, 678. XXXVII, 572. XXXVIII, 728. XXXIX, 677. XL, 623. XLI, 646. XLII, 513. XLIII, 317. XLIV, 499. XLV, 523. XLVI, 532.

Digitized by Google

mit verlangsamter geistiger Entwicklung, acuter Gehirnkrankheit in der Jugend und schwachsinnigem Gebahren verleitet seinen alten Schäfer zu mehrfachen Brandstiftungen, welche ihm materiellen Vortheil brachten. Ein anderer besonders schlauer Bewohner desselben Dorfes freundet sich schrittweise mit dem Thäter an, bis er dessen Geheimniss erfährt, welches er zu Erpressungen gegen den Anstifter benutzt. Dieser ermordet, nachdem er seinem Peiniger wiederholt Geld gegeben, den Schäfer. Die That wird entdeckt; in der Untersuchungshaft verfällt der Bauer nach einem einwandsfreien Geständniss in stupide Melancholie. Nach ca. einjähriger Krankheitsdauer genest er in der Irrenanstalt und versucht dort nach dem Schwinden der Depression Blödsinn mit Gedächtnissverlust für die jüngere Vergangenheit vorzutäuschen. Er wird entlarvt und vom Schwurgericht zu 15 Jahren Zuchthaus verurtheilt. Schon bei der Verhandlung ist sein Zustand wieder fraglich. Er verfällt nach dem Urtheilsspruch sofort wieder in ängstlichen Stupor, bleibt, in die Strafanstalt gebracht, Monate lang unverändert, und seine Beobachtung auf der Moabiter Irrenabtheilung beseitigt endgültig jeden Verdacht der Simulation oder Uebertreibung.

Ref. betont die Schwierigkeiten in der forensischen Begutachtung dieses Falles in Bezug auf die genaue Bestimmung des Beginnes der jeweiligen Störung sowie auf den Beweis des sicheren Vorhandenseins derselben vor Nichtärzten. Er erwähnt, dass in diesem Falle wie in allen, wo es sich um Bewegungs- und Stellungsstereotypen handelt, die Photographie ein gutes Hülfsmittel zu diesem Zwecke war, während er derselben sonst in der forensisch psychiatrischen Diagnose einen geringen Werth beimisst.

Ferner bestätigt der Fall den alten Erfahrungssatz, dass der Simulationsversuch an und für sich und die Form, in der er unternommen wird, auf einen geistigen Defect hindeute, aufs Neue.

Schliesslich erörtert er noch, wie gerade die Fälle von einfachem angeborenen Schwachsinn, welche durch die Schwäche ihrer Urtheilskraft und die Unfähigkeit zum Festwurzeln einer tieferen Ethik egoistischen Impulsen am wenigsten Stand halten und nach dem ersten Durchbrechen der Rechtsordnung in ihrer geistigen Hülflosigkeit zu immer neuen und ungeheuerlichen Strafthaten getrieben werden, zu der anfechtbaren Lehre vom geborenen Verbrecherthum eine wesentliche Mitveranlassung gegeben haben, wähnend, wie die andere Person des Dramas zeigt, das Bewusstsein, schlauer zu sein, als die ständige Umgebung, bei gegebenen äusseren Umständen ebenfalls nicht selten der Anlass ist, dass ein Rechtsbrecher Strafthat auf Strafthat häuft. (Der Fall wird ausführlich im Januarheft der Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin erläutert werden.)

Dr. *Koenig*-Dalldorf: Ueber eine anfallsweise auftretende Sprachstörung bei einer an Dem. par. leidenden Frau.

Vortr. berichtet über eine eigenthümliche Art von Sprachstörung, welche

Digitized by Google

namentlich an einem Tage in auffallend häufiger Weise auftrat und zwar fast jedesmal, wenn Pat. zu sprechen anfing. Vortr. glaubt diese Anfälle nicht als hysterische oder hypochondrische auffassen zu sollen, sondern als Aequivalente eines paralytischen Insultes. (Erscheint ausführlich in nächster Nummer dieser Zeitschrift.)

Discussion. Herr *Cramer* glaubt, dass die beiden zuletzt erwähnten Fälle *K.*'s von dem zuerst beschriebenen zu trennen sind. Im ersteren handelt es sich um eine Coordinations-Störung zwischen Intonation und den Sprachbewegungen, welch' letztere nicht gestört zu sein scheinen; während in den beiden letzteren vorübergehende aphasische Zustände bestanden, wie sie bei Paralytikern öfters vorkommen.

Herr *Moeli.* Die Trennung der aphasischen Zustände von Störungen in der peripherischen Innervation wird gewiss immer anzustreben sein — in dem Falle des Herrn *Koenig* scheint es sich ja sicher nicht um motorische corticale Aphasie zu handeln, sondern um eine Störung der Articulation, bezügl. der Lautgebung, die ja von der subcorticalen motorischen Aphasie, welche die Worte betrifft, zu trennen wäre. Von *Ballet* und *Tissier* ist mitgetheilt, dass sie das Bégaiement bei hysterischen — und zwar merkwürdiger Weise nur bei Männern, während diese Sprachstörung bei Frauen öfter zu finden ist — in Verbindung mit anderen Erscheinungen auftreten sahen nach einem Anfalle von Aphasie. —

Aehnlich ging das Stottern aus Aphasie hervor nach Influenza in einem Falle von *Treitel.* —

Es scheint also doch, dass eine zeitweilige Combination, beziehungsweise ein Nacheinanderbestehen von Aphasie einerseits und Aenderung des Sprechens — durch Störungen der Laut- und Athmungsbewegung andererseits bei Neurosen öfter vorkommt, und hierauf wäre auch beim Auftreten solcher Erscheinungen bei Paralyse besonders zu achten.

Dr. *Jastrowitz*-Berlin. Ueber ein Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Verdauungscanal.

Bei Geisteskranken kommt es oft vor, dass sie schwer aus dem Körper zu entfernende Dinge, theils in selbstmörderischer Absicht, oder in Folge von Wahnideen, oder in Folge von Demenz in triebartiger Weise verschlucken. Es thun dies z. B. besonders hypochondrisch-melancholische und hysterisch-melancholische, mit gewissen inneren Anästhesien behaftete Individuen. Es kommt solches Verhalten auch beim Pubertäts-Irresein vor, es können auch Verrückte dergleichen ausführen, wie z. B. vor einiger Zeit bei uns der seltene Fall vorgekommen ist, dass ein solcher Verrückter, ein sonst leidlich gebildeter und viel gereister Kaufmann, der die Wahnidee unterhält, dass sein Körper aus verschiedenen Thierleibern zusammengesetzt sei, mit dem er sämmtliche Thiere vereinigen müsse, der deshalb Käfer, Würmer und anderen Unrath verzehrt, einmal selbst eine lebende Maus, ehe man ihn daran verhindern konnte, wie eine Pille herunter-

Digitized by Google

geschluckt hat, ohne beiläufig nach seiner wiederholten Versicherung die geringsten Beschwerden zu empfinden. — Endlich verschlucken auch Blödsinnige, Paralytiker, die an Anästhesien der betreffenden sensorischen Nerven des Geruchs und Geschmacks wahrscheinlich leiden, allerlei Unreinlichkeiten, an denen sie selbst ersticken können.

Zur Abtreibung dieser Gegenstände hat sich mir seit längerer Zeit ein Verfahren bewährt, des ich mich nicht entsinne anderweit geübt oder gelesen zu haben, und das ich deshalb der allgemeinen Kenntniss unterbreiten möchte.

Es besteht dies Verfahren darin, dass man die Patienten reichlich Kartoffelpurée mit langgeschnittenem Sauerkohl, am besten als sogenanntes Panaché gemischt, essen lässt und einige Zeit, etwa 2 Stunden hinterher, ihnen Ricinusöl verabreicht. Ob durch dies Panaché die Gegenstände eingehüllt und gefangen und dadurch, wie durch das Ricinusöl die Darmperistaltik besonders kräftig angeregt wird, lasse ich dahingestellt, genug, es ist Thatsache, dass die verschluckten Gegenstände bei solchem Verfahren regelmässiger und leichter abgehen. Auf diese Weise haben wir z. B. bei einem Kranken, wie Sie sehen, nicht nur eine beträchtliche Anzahl grosser Steine und Knöpfe aller Sorten, die wohl auch sonst hätten abgehen können, sondern selbst Hosenschnallen, grosse Sicherheitsnadeln, Blechstücke, Glas, Hornstücke, Schwefelhölzer, eiserne Schrauben, einen grossen dicken Siegelring mit leichter Mühe in wiederholtem Verfahren entfernt. Ich lege namentlich Werth darauf, dass durch dasselbe, wie ich erprobt habe, auch Gegenstände abzutreiben sind, die längere Zeit im Darm schon verweilen. So habe ich einmal ein mehrklingiges Taschenmesser, das jedenfalls schon Wochen zuvor verschluckt worden war, ferner Glas, Lederstücke und Anderes mehr abgetrieben.

Da das Verschlucken von Gegenständen nicht nur bei Geisteskranken, sondern auch bei Geistesgesunden, bei Kindern u. A., nicht selten geschehen kann, so dürfte dies Verfahren selbst ein allgemeines Interesse für die Praxis beanspruchen.

Dr. *Laehr*-Zehlendorf. Am Schlusse der Sitzung macht der Vorsitzende darauf aufmerksam, dass in den Vorlagen für den Aerztetag in Weimar sowohl als für die Naturforscherversammlung in Halle die Psychiatrie nicht als eine den 3 Hauptkliniken anzureihende 4. Klinik angefügt sei. Da die letztere nun gegenwärtig nur als eine sogenannte Specialklinik betrachtet werde, während sie doch in jenen nach Stoff und Form nicht mehr wie früher gelehrt werden könne, so sei dringend darauf hinzuwirken, dass der jetzigen Eintheilung in die Hauptkliniken (innere, chirurgische, geburtshilfliche) noch als 4. die psychiatrische zugeführt werde. Dadurch würde in weiterer Consequenz die Psychiatrie der für sie erforderlichen Geltung näher komme.

Da das anwesende Mitglied des Vereins, Herr *Philipp*-Berlin, schon

Digitized by Google

vom Aerzte-Verein des Reg.-Bezirks Potsdam zum Delegirten beim Aerztetage in Weimar gewählt sei, so beantragt der Vorsitzende, ihn auch zum Delegirten des psych. Vereins zu Berlin zu erwählen und ihn zu bitten, auch nach dieser Richtung hin in der Berathung des Aerztetages über die Reform des medicinischen Unterrichts wirksam zu sein.

Die Versammlung stimmt zu und Herr *Philipp* nimmt an.

M.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Im Kanton St. Gallen (Schweiz) gültige gesetzliche Maassregeln zur Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke.

In der lezten Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Weimar ist mehrfach Bezug genommen worden auf den Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Trunksucht, welchen die Regierung des Kanton St. Gallen dem Grossen Rathe zur Beschlussfassung im Februar l. J. vorgelegt hat. Der in der Discussion geäusserte Wunsch, es möge der Entwurf Gesetz werden, ist längst erfüllt. Der Entwurf ist vom Grossen Rath am 21. Mai l. J. angenommen worden und da die stimmberechtigten Bürger des Kantons von dem ihnen verfassungsmässig zustehenden Einspruchsrecht (Veto) keinen Gebrauch gemacht haben, bereits am 1. Juli l. J. in Kraft getreten. Das „Gesetz betreffend die Versorgung von Gewohnheitstrinkern" lautet:

„Art. 1. Personen, welche sich gewohnheitsmässig dem Trunke ergeben, können in einer Trinkerheilanstalt versorgt werden."

„Art. 2. Die Dauer der Unterbringung beträgt in der Regel neun bis achtzehn Monate. In Rückfällen findet eine zweckentsprechende Verlängerung der Frist statt."

„Art. 3. Die Versetzung in eine Trinkerheilanstalt erfolgt:
a) auf Grund freiwilliger Anmeldung oder
b) durch die Erkenntniss des Gemeinderathes der Wohngemeinde.

Sofern gemäss Art. 7 die Unterbringungskosten aus der Armenkasse zu bestreiten sind, bedarf die gemeinderäthliche Erkenntniss, der Bestimmung von Art. 6, zweites Alinea immerhin unbeschadet, der Zustimmung der betreffenden Armenbehörde."

„Art. 4. Die Gemeinderäthe erkennen über die Versetzung sowohl aus eigener Entschliessung, als auf Antrag einer anderen Behörde oder eines Anverwandten oder eines Vormundes."

„Art. 5. Die Versetzung in eine Trinkerheilanstalt kann nur auf Grund eines amtsärztlichen Gutachtens beschlossen werden, welches

Digitized by Google

den Zustand der Trunksucht (Alcoholismus) und zu dessen Heilung die Nothwendigkeit dieser Unterbringung constatirt."

„Art. 6. Die gemeinderäthlichen Erkenntnisse sind den Betreffenden durch das Bezirksamt zur Verantwortung mitzutheilen, und bedürfen in allen Fällen zur Vollziehung der Bestätigung durch den Regierungsrath.

Dieser ist auch berechtigt, die Versorgung einer Person in solchen Fällen von sich aus zu beschliessen, in denen die Unterbringung dringend geboten erscheint und die Gemeindebehörden eine solche verweigern."

„Art. 7. Die durch die Versorgung in einer Trinkerheilstätte erwachsenden Kosten werden aus dem Vermögen des Betreffenden bezahlt; ist er vermögenslos oder sind für seine Familie die Kosten der Kur unerschwinglich, so werden sie nach Maassgabe der bestehenden gesetzlichen Vorschriften über das Armenwesen erhoben.

Der Staat leistet, wo es nöthig erscheint, an die Kosten der Unterbringung und während derselben ausnahmsweise auch an den Unterhalt der Familie angemessene Beiträge."

„Art. 8. Einen Monat vor Ablauf der Versorgungsfrist hat die Anstalt einen Bericht an diejenige Behörde abzugeben, welche ihr den Kranken zugewiesen, und kann die Kur bei noch nicht völliger Heilung innert der Grenzen der in Art. 2 festgesetzten Zeit verlängert werden."

„Art. 9. Während der Dauer der Versorgungsfrist kann für die betreffende Person interimistisch ein Vormund bestellt werden. Das Gleiche kann schon vor der Unterbringung geschehen, sobald durch das amtsärztliche Gutachten eine erhebliche Willensschwäche in Folge des übermässigen Gebrauchs alkoholischer Getränke nachgewiesen ist."

„Art. 10. Der Regierungrath ist mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragt."

Von grossem Interesse ist der ausgezeichnete, von dem auch in Deutschland wohlbekannten, hochverdienten Sanitätsrath Dr. *Sonderegger* verfasste Bericht der Grossräthlichen Commission. Derselbe führt unter Anderem Folgendes aus:

„Wir müssen den Begriff des Alcoholismus genauer fassen. Die öffentliche Meinung versteht darunter allzuoft nur den Säuferwahnsinn: Delirium tremens. Dieser ist aber ein acuter Krankheitsanfall, welcher der gewöhnlichen Spitalbehandlung, selten dem Irrenhause zugewiesen wird und meistens wieder (für einmal!) zu heilen ist."

„Man zählt zu den Alkoholisten die Quartalsäufer: nüchterne und ordentliche Leute, welche zu Zeiten plötzlich in ein wildes mehrtägiges Trinken verfallen und sich später darüber abhärmen, aber ohne Erfolg. Das sind Gehirnkranke mit zeitweisem Irresein und ihre Trunksucht ist

Digitized by Google

Folge, nicht Ursache des Uebels. Wir weisen sie an den Irrenarzt. Man versteht unter Alkoholisten die durch Trunksucht wahnsinnig, verrückt, schliesslich blödsinnig gewordenen Kranken, die wir als stille Ruinen vielerorts antreffen: diese gehören anfangs dem Irrenhause zu, später der reinen Pflegeanstalt."

„Man zählt zu den Alkoholisten auch verkommene Säufer, welche, wenn sie nicht in einer Strafanstalt hangen geblieben sind, doch in die Zwangsarbeitsanstalt geschickt werden. Es sind meistens Unheilbare, und es ist eine ganz grundlose Hoffnung, dass diese noch gebessert werden sollten."

„Für alle diese Unglücklichen brauchen wir keine Trinkerheilstätten; aber wir dürfen uns Vorwürfe machen, dass wir es haben so weit kommen lassen."

„Wir müssen für die angehenden Alkoholisten sorgen. Das sind gar keine Lumpen, oft sehr gute Menschen, deren Untergang Jedem in der Seele weh thut. Sie verdienen es gar nicht, wie Zwangsarbeitshäusler behandelt und gemaassregelt zu werden; aber wenn sie nicht dazu kommen sollen, verlangen sie unsere Einsicht und unser Wohlwollen, lange Zeit noch freiwillig, und erst wenn sie sehr krank sind, fühlen sie sich, wie die meisten Irrsinnigen, „kerngesund".

„Anfangs ist das Trinken Unart, dann üble Gewohnheit, Schwäche, Laster. Bei einer unsinnigen Geselligkeit und übermässigem Wirthshausleben ist der Müssiggang noch so schlimm wie der Alkohol. Auf dieser Stufe bleiben tausend Biedermänner sitzen, welche niemals in ein Asyl gehören, aber auch niemals auf einen grünen Zweig kommen."

„Nach längerer oder kürzerer Zeit beherrscht der Alkohol das Schicksal seines Opfers, es treten materielle, dem Anatomen sichtbare und greifbare Veränderungen des Gehirnes ein, die nicht geringer sind als z. B. bei der Bleivergiftung und Lähmung. Wie ein kranker Töpfer oder Maler auch beim besten Zuspruche seine lahme Hand nicht ausstrecken kann, so kann der Trinker auch seine lahmen Vorsätze nicht mehr ausführen. Er ist für die Welt noch gesund — in seiner Familie aber spielen sich oft schreckliche Scenen ab. Durchprügeln schlafender Kinder, Verfolgungen mit dem blanken Messer und Handgemenge mit Frau und Kindern, Verletzungen von blauen Mälern bis zu Knochenbrüchen, dazu moralische Misshandlungen in Worten und Thaten, die sich anständiger Weise nicht mehr schildern lassen, aber Geistlichen, Aerzten, auch vielen Andern sehr wohl bekannt sind. In diesem Stadium drückt dann das Elend sein Siegel drauf mit dem Branntweinglase. Wer diesem verfallen ist, giebt wenig Hoffnung mehr, dauernd geheilt zu werden. Die Gehirnentartungen werden zu massenhaft und zu grob, als dass man sie wieder beseitigen könnte."

„Lächerlich — wenn sie nicht gar zu traurig wäre — ist die correctionelle Bestrafung der Trunkenheit. Bei ausnahmsweisen Fällen ist sie nicht nöthig, und bei Gewohnheitstrinkern widersinnig, weil diese eben

Digitized by Google

zu allererst und zu allermeist ihre moralische Kraft eingebüsst haben. Man könnte ebensogut Epileptiker für ihre Anfälle bestrafen."

„Der vorliegende Gesetzentwurf befasst sich grundsätzlich nicht mit den moralischen und socialen Brandruinen; sie gehören nach St. Pirminsberg oder nach Wil, in die Bitzi oder nach St. Jakob. Der Gesetzesvorschlag beschäftigt sich mit den angehenden Trunkenbolden und behandelt sie weder als Lumpe noch als Verbrecher, sondern als Kranke, die erwiesenermaassen sich selber nicht mehr helfen können, aber noch zu retten sind. Diese Ansicht ist uralt. Schon *Ulpian*, der Vater der Pandekten, sagt: „Die Trunksucht ist eine Krankheit.""

Der Bericht steht, wie das Gesetz, wesentlich auf dem gleichen Standpunkt, wie ihn der Verein der deutschen Irrenärzte — der zuerst auf die Gefahren des Missbrauchs geistiger Getränke entschieden aufmerksam gemacht und den Erlass gesetzlicher Maassregeln dagegen verlangt hat — und der preussische Medicinal-Beamtenverein in seiner letzten Sitzung angenommen hat: Keine Bestrafung der Trunksucht als solcher, vom Staate zu errichtende und zu beaufsichtigende, unter ärztliche Leitung zu stellende Trinkerheilanstalten, die Möglichkeit, den Gewohnheitstrinker entmündigen und zwar nach Maassgabe des bei der Entmündigung wegen Geisteskrankheit gültigen Verfahrens nach Anhörung eines oder mehrerer Aerzte als Sachverständige, ferner die Möglichkeit, den Gewohnheitstrinker auch gegen seinen Willen in eine Trinkerheilanstalt zu bringen und so lange dort zu halten, als es sein Zustand erfordert.

Das ist in der That Alles, was vom ärztlichen Standpunkt aus verlangt werden kann. Möge man ferner die Gelegenheit zum Schnapsgenuss möglichst einschränken, für billigen Ersatz (Café, leichtes Bier u. s. w.), für zweckmässige Ernährung und gesunde Nahrung der ärmeren Volksklassen immer mehr sorgen, und es wird der beabsichtigte Erfolg, wenn auch naturgemäss nur sehr allmählich, sich einstellen. Dr. *Karl Zinn*-Eberswalde.

Gesetz im Königreich Preussen. — In § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 ist den Landarmen-Verbänden die Befugniss beigelegt worden, die Kosten der öffentlichen Armenpflege, welche die Fürsorge für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde verursacht, unmittelbar zu übernehmen. Diese Befugniss hat — soweit es sich nicht um Sieche handelt — der Artikel I des Gesetzes vom 11. Juli d. J., betreffend Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des ersterwähnten Gesetzes, in eine Verpflichtung umgewandelt. Nach dem neuen Gesetze haben die Landarmen-Verbände vom 1. April 1893 ab unter Betheiligung der Kreise und Ortsarmen-Verbände an den erwachsenden Kosten für Bewachung, Kur und Pflege der bezeichneten Kategorien von Hülfsbedürftigen — mit Ausnahme der Siechen — soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen.

Digitized by Google

Die gleiche Verpflichtung ist den Landarmen-Verbänden hinsichtlich der im § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 nicht besonders aufgeführten hülfsbedürftigen Epileptischen, für welche die Anstaltspflege unentbehrlich erscheint, auferlegt worden. Um die rechtzeitige Durchführung des neuen Gesetzes zu sichern, werden die Landarmen-Verbände schon jetzt Bedacht darauf zu nehmen haben, dass ihnen zum 1. April 1893 die erforderlichen Anstalten in ausreichender Anzahl und Grösse zu Gebote stehen. Demgemäss hat (wie der „Reichs- und Staats-Anz." mittheilt) der Minister des Innern die Königl. Ober-Präsidenten ersucht, die betreffenden Landarmen-Verbände hierauf aufmerksam zu machen, dass nach den Bestimmungen des Gesetzes der Verpflichtung durch die Unterbringung der Hülfsbedürftigen nicht nur in einer von dem Landarmen-Verbande errichteten und geleiteten, sondern auch in einer geeigneten Privatanstalt Genüge geleistet werden kann. Ferner soll mit der Aufstellung der im § 31 b des neuen Gesetzes vorgesehenen Reglements baldigst vorgegangen werden.

„St. Jürgen-Asyl" in Bremen. — Der Senat hat am 28. Nov. cr. beschlossen, die mit der Krankenanstalt verbundene Irrenanstalt den Namen „St. Jürgen-Asyl" führen zu lassen. Er stützt sich anf die Begründung der dortigen Aerzte, wonach die Bezeichnung „Irrenanstalt" nicht mehr den Zweck und die Aufgabe der Anstalt decke, Kranke und Angehörige missleite und der frühzeitigeren Aufnahme als der Grundlage einer häufigeren Heilung hinderlich werde. So seien seiner Zeit die Namen „Tobhaus", „Narrenhaus" etc. geschwunden, weil sie nicht mehr der Zeit entsprachen. Der Antrag wurde durch die Thatsache unterstützt, dass man an vielen Orten des In- und Auslandes schon mit der Umänderung der Bezeichnung vorausgegangen ist. Man nenne die Irrenanstalt in Schweden „Hospital", in Holland „Krankzinnigengesticht", in Frankreich „Asile", in England und America „Asylum", in Norwegen „Asyl". Man bezeichnet die einzelnen Anstalten mit Eigennamen, mit „St. Hans-Hospital" bei Copenhagen, „Asile de Vaucluse", „Asile de St. Anne", „Asile de l'Evreux" bei Paris, „Asile de Nantes", „Oste Asyl" bei Christiania, „Asyle Conde de Ferredra" bei Oporto, „Hospital St. Nicolaus des Wunderthäters" bei St. Petersburg. Man lege in Sachsen besonderen Werth darauf, von der „Heilanstalt Sonnenstein" zu sprechen. Man sage „Rittergut Altscherbitz", „Heilanstalt Illenau", „St. Getreu" in Bamberg, „Karthaus Prüll" bei Regensburg, „Genesungshaus" zu Roda. In Prov. Westphalen habe man die Anstalt zu Lengerich mit „Bethesda", zu Marsberg mit „St. Johanneshospital", zu Münster mit „Marienthal", zu Cöln mit „Lindenburg", zu Kaiserswerth mit „Johannisberg", zu Brake mit „Lindenhaus", die Irren-Kliniken mit „Psychiatrische Klinik" bezeichnet. So haben historische Beziehungen in Bremen den Namen „St. Jürgen-Asyl" veranlasst, wo das gegen Ende des 9. Jahrhunderts errichtete St. Jürgen-Gasthaus das erste Krankenasyl war.

Aus Russland. — In der ersten Hälfte des laufenden Jahres wurde an der kaiserlichen Universität zu Moskau eine Gesellschaft für Neuropathologie und Psychiatrie gegründet. Vorsitzender ist der Professor der Psychiatrie *Koschewaikow*. Bis jetzt ist dies die zweite psychiatrische Gesellschaft in Russland. —

In der diesjährigen 4. Versammlung der russischen Aerzte in Moskau hatte sich zum ersten Mal eine Section für Neurologie und Psychiatrie constituirt. Vorsitzender der Section war Prof. *Koschewaikow*. Zwei Sitzungen wurden der Neurologie und eine der Psychiatrie gewidmet. Vorträge wurden im Ganzen 16 gehalten, davon 8 psychiatrische und zwar: 1. *Koschewaikow*: Ueber Alkoholparalyse. 2. *Korakow*: Ueber acute Formen des Irreseins. 3. *Serbski*: Dasselbe Thema. 4. *Greichenberg*: Ueber den recurrenten Typus im Verlaufe einiger acuter Irreseinsformen. 5. *Bjelakow*: Krankheiten des Ohres und ihr Einfluss auf den Verlauf der Geisteskrankheilen. 6. *Ssikorski*: Ueber Hemiparese bei Epilepsie. 7. *Sawwri*-Mogilewitsch. Warum und wann sollen Geisteskranke einer Anstalt übergeben werden? 8. *Orschanski*: Ueber den Einfluss der Individualität auf die Entwickelung des Irreseins.

Nekrolog *Jensen*. — Durch den am 24. April vor. J. nach mehrjährigem Leiden in der Blüthe der Jahre erfolgten Tod des Dr. *Julius Jensen*, vormals Director der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, hat die Psychiatrie einen ihrer berufensten Jünger verloren. Geistig reich begabt und durch eine tiefe Wärme des Gemüths ausgezeichnet, hat er sich bei der Lösung practischer Fragen der Irrenheilkunde in langer erfolgreicher Thätigkeit bewährt und an dem wissenschaftlichen Ausbau der Psychiatrie durch werthvolle Beiträge betheiligt.

Julius Wilhelm Heinrich Jensen, am 30. Juli 1841 in Kiel geboren, hat dort und in Altona das Gymnasium besucht und bis 1866 in Würzburg und Kiel studirt. Seiner Promotion am 10. September 1866, welche nach der damals dort noch geltenden dänischen Ordnung zugleich den Abschluss des Staatsexamens bildete, lag eine „Descriptio monstri cum ligamentis Amnioticis“ als Dissertation zu Grunde, deren Uebersetzung als „ein Beitrag zur pathologischen Entwickelungsgeschichte“ im XLII. Band von *Virchow*'s Archiv erschienen ist. Während der letzten Semester seiner Studienzeit zeigte er als Assistent bei *Esmarch* Neigung und Befähigung zur Chirurgie, und nur durch einen besonderen Zufall wurde er der Psychiatrie zugeführt. Nachdem Schleswig-Holstein wenige Wochen zuvor durch den Prager Frieden an Preussen gefallen war, trat *Jensen* bald nach seiner Promotion auf dem böhmischen Kriegsschauplatz als Arzt bei dem Ostpreuss. Jäger-Bataillon ein und kam mit demselben nach Ostpreussen. Dort war gerade durch *Kahlbaum*'s Abgang die Stelle des zweiten Arztes an der Irrenanstalt Allenberg freigeworden, und *Jensen*,

Digitized by Google

der bisher der practischen Psychiatrie ferngestanden — er hatte in Kiel nur Vorlesungen bei *Jessen* gehört — erhielt dieselbe auf seine Bewerbung. Es kam ihm dabei zu statten, dass er noch eine kurze Zeit mit *Kahlbaum* und länger mit dessen Schüler *Hecker* in Allenberg zusammen sein konnte, welche nach *Jensen*'s Ausspruch bemüht waren, „wirkliche Krankheitsbilder klinisch durchgearbeitet aus dem ganzen Wust der Einzelfälle heraus zu heben" und „durch Schaffung solcher in ihrem ganzen Verlauf feststehender klinischer Krankheitsbilder, gegenüber den in den seitherigen Formen oder Stadien der Psychosen, der Melancholie, Manie, Verrücktheit und des Blödsinns, enthaltenen Zustandsbildern der Geisteskrankheit" das Verständniss und das Studium der Seelenheilkunde zu fördern. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen und zwar zunächst an Kranken, deren Geschichte *Kahlbaum* seiner Katatonie und Hebephrenie zu Grunde gelegt hatte, neigte er sich dieser Richtung zu und machte sich die Auffassung der Psychosen in *Kahlbaum*'s Sinne zu eigen, wie dies seine späteren Arbeiten zeigen und namentlich seine Vorträge „Ueber die Prognose der Geistesstörungen" (Deutsche medic. Wochenschr. 1878 No. 40 u. 41), „Was heisst geisteskrank?" (Irrenfreund 1884 No. 4) und der Aufsatz „Katatonie" in *Ersch* und *Gruber*'s Encyklopädie (1881).

Bei seinem Eintritt in Allenberg waren die dortigen Verhältnisse gerade nicht angenehm, aber sie boten einem strebsamen und selbständigen Manne, wie *Jensen* es war, ein reiches Arbeitsfeld dar. Der Director *Bernhardi*, schon alt und kränklich, war bald genöthigt einen längeren Urlaub zu nehmen und musste dann seine Thätigkeit schon mehrere Monate zuvor einstellen, ehe er am 1. Juli 1868 aus seinem Amte schied. Obwohl während dieser Zeiten die Vertretung des Directors dem Kreisphysikus in Wehlau übertragen war, so leitete thatsächlich und zumal hinsichtlich der ärztlichen Behandlung doch *Jensen* die Anstalt. Mit wahrer Begeisterung hing er der damals sich noch Bahn brechenden zwangslosen Behandlung der Irren an, und er hatte dieselbe in kurzer Zeit in der bis dahin nach ganz anderen Grundsätzen geleiteten Anstalt so weit vorbereitet und durchgeführt, dass wenige Wochen nach meinem, am 1. Juli 1868 erfolgten Amtsantritt als Director die letzten nur selten noch angewendeten Beschränkungsmittel gänzlich beseitigt werden konnten und es nur noch einer stetig weiteren Ausbildung der neuen Behandlungsmethode bedurfte, zumal auch durch Ausdehnung der Beschäftigungszweige und Aufnahme der ländlichen Arbeiten unter dieselben.

Im August und September 1868 führte *Jensen* eine Urlaubsreise aus, zu der ihm in Anerkennung seiner Leistungen von der Ostpreuss. Landarmen-Direction ein Reisestipendium gewährt wurde. Er besuchte mehrere Irrenanstalten, Kiel und zuletzt die Naturforscherversammlung in Dresden. Auf derselben führte er sich durch einen anregenden Vortrag „Ueber Doppelwahrnehmungen in der gesunden, wie in der kranken

Digitized by Google

Psyche, ein Beitrag zur allgemeinen Pathologie der Psychoneurosen", in welchen er die bekannte Erscheinung des Schoneinmalerlebten durch eine Incongruenz in der Functionirung beider Gehirnhemisphären zu begründen suchte, wissenschaftlich ein. Der Vortrag, welcher eine kleine Litteratur über dieses Thema hervorrief, ist im Supplementheft des XXV. Bandes der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie erschienen und als Nachtrag dazu 1873 „Doppelwahrnehmungen" im IV. Band des Archivs für Psychiatrie.

Während seines Aufenthaltes in Kiel arbeitete er mit dem ihm befreundeten, durch einen jähen Tod der Wissenschaft zu früh entrissenen Anatomen *Pansch* in Gehirnanatomie und setzte diese Arbeiten nach seiner Rückkehr in Allenberg ununterbrochen fort. Mit grossem Fleiss bearbeitete er die zur Section gelangenden Gehirne und ermittelte nach einer von ihm selbst ausgebildeten Methode ihre Gewichtsverhältnisse und die Flächenmaase ihrer Gesammtoberfläche, sowie der einzelnen Windungen und Furchen. Im Laufe der Jahre hat er so ein reiches Material mühsam zusammengetragen, dessen immer weitere Verarbeitung ihn noch in der unfreiwilligen Musse der letzten Jahre beschäftigte, so weit es ihm seine Krankheit gestattete. Als Früchte dieser Studien erschienen zunächst 1870 „Die Furchen und Windungen der menschlichen Grosshirn-Hemisphären" im XXVII. Band der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie und 1875 „Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Grosshirn und Geistesstörung an sechs Gehirnen geisteskranker Individuen" im V. Bande des Archivs für Psychiatrie. In letzterer Arbeit giebt er eine Beschreibung seiner Untersuchungsmethoden und kommt nach ausführlicher Betrachtung von drei Idiotengehirnen und drei Gehirnen Irrer zu dem Schluss, dass zum normalen Geistesleben ein gewisses stabiles Verhältniss zwischen der Masse des Markes und der Rindensubstanz erforderlich sei, und dass durch eine Störung dieses Verhältnisses nicht nur die Idiotie, sondern auch die angeborene Disposition zu Geistesstörungen bedingt werde.

Während der Beschäftigung mit diesen Arbeiten veröffentlichte er 1869 im IV. Band des Archivs für Anthropologie den „stereoscopisch-geometrischen Zeichenapparat" mit dem er von seinen Schädeln und Gehirnen geometrische Zeichnungen, an denen Messungen angestellt werden können, und zugleich stereoscopische gewann, welche „die körperlichen Verhältnisse der Objecte in fast greifbarer Weise wiedergaben".

Die Leichtigkeit, mit der er arbeitete, und sein grosses manuelles Geschick kamen ihm bei diesen mühevollen und zeitraubenden Untersuchungen sehr zu statten, und so konnte er denn trotz derselben seinen ärztlichen Verpflichtungen nicht nur vollauf nachkommen, sondern that dies auch stets mit gleicher Lust und Liebe. Der Verkehr mit den Kranken war und blieb ihm Bedürfniss und gewährte ihm eine hohe Befriedigung. Bei der Beobachtung zeichnete ihn eine leichte Auffassungsgabe aus, mit

Digitized by Google

der er sich nicht nur in den psychischen Krankheitserscheinungen, sondern auch in der ganzen Eigenart des Kranken rasch zurecht fand. Das Individualisiren war bei ihm selbstverständlich, und mit demselben ging das Bedürfniss Hand in Hand, dem Einzelnen zu helfen und sein Loos in wohlwollender Fürsorge zu erleichtern. Es war eine Freude, mit ihm zu arbeiten, und ich rechne die Jahre unserer gemeinsamen Thätigkeit in Allenberg zu meinen angenehmsten Erinnerungen. Bei seiner ausgeprägten Selbständigkeit und der Lebhaftigkeit, mit welcher er seine Ansichten vertrat, blieben Verschiedenartigkeiten in der Auffassung freilich nicht aus; aber dieselben haben die Freude des Zusammenwirkens niemals auf die Dauer getrübt. Da die objective Auffassung stets die Oberhand bei ihm behielt, wurde ein Ausgleich niemals schwer. Und gerade diese Eigenschaft, nichts persönlich zu nehmen und das Allgemeine stets voran zu stellen, war es nicht zum wenigsten, welche die Freundschaft begründete und befestigte, die mich ihm bis zu seinem Tode verband.

Nach siebenjährigem einmüthigen Zusammenwirken an der Ausgestaltung des Ostpreussischen Irrenwesens wurde er am 1. Juli 1875 zu meinem Nachfolger in der Direction der Allenberger Anstalt bestellt. Da mit dem Ablauf desselben Jahres die neue Provinzialordnung in Kraft trat, so verbanden sich mit der grossen Liberalität, welche die Organe der Ostpreuss. provinziellen Selbstverwaltung stets ausgezeichnet hatte, nunmehr auch reichlichere Mittel zur Erreichung und Förderung ihrer Zwecke. Dies kam namentlich auch der Irrenpflege zu gute, und *Jensen* hatte nun freiere Bahn, seine Pläne zur weiteren Ausgestaltung derselben zur Geltung und Ausführung zu bringen. Zweierlei kam ihm dabei sehr zu statten. Zunächst das einsichtsvolle Entgegenkommen seitens des Provinzialausschusses und der Landesdirectoren, dessen er sich während des grössten Theils seiner Wirksamkeit in Allenberg zu erfreuen hatte, und dann die ihm eigene Gabe, die Irrenfrage für weitere Kreise zu behandeln und so zu sagen populär zu machen. Ein beredtes Zeugniss hierfür legen namentlich auch die von ihm erstatteten gedruckten Jahresberichte ab, in denen er nicht müde wurde, die Ueberfüllung der Anstalt und deren Abhülfe statistisch zu erörtern und von den verschiedensten Seiten aus zu beleuchten. Er nahm dabei vor allem die Bestimmung des Anstaltsreglements in Angriff, nach welcher sämmtliche heilbare oder gemeingefährliche Irre im Unvermögensfalle unentgeltlich in die Anstalt aufgenommen werden mussten, und setzte es mit der Zeit durch, dass eine kostenfreie Behandlung und Verpflegung nur noch heilbaren Kranken zu theil wurde, während für unheilbare, soweit sie gemeingefährlich waren, ein ermässigter (100 M.), im Falle der Ungemeingefährlichkeit aber der volle Kostensatz (300 M. jährlich) in Kraft trat. Die Kosten sind durch die Ortsarmenverbände und bei deren Leistungsunfähigkeit durch die Kreise, welche in Ostpreussen an die Stelle eines Landarmenverbandes treten, aufzubringen. Wenn diese Veränderung des Reglements auch erst im Jahre 1886 nach

Digitized by Google

Jensen's Scheiden aus Allenberg beschlossen wurde und in Kraft trat, so ist sie doch seinen Bemühungen allein zu danken. Sie hat sich durchaus bewährt. Die auf eigener Erfahrung begründete Erkenntniss, dass frühe Anstaltsbehandlung besser heilt und nichts kostet, hat in den Armenverbänden bald Verbreitung und Würdigung erlangt und durch reichliche Ueberweisung frischer Krankheitsfälle die stagnirende Krankenbewegung der Anstalten in rascheren Fluss gebracht.

Was nun die Erweiterung der Irrenpflege selbst anbelangt, so wurde zunächst die Errichtung einer Irrencolonie in Aussicht genommen. Auf Anregung des Landesdirectors *Rickert*, welcher eine warme Neigung für Irrencolonien hegte, wurde *Jensen* zuvor in Gemeinschaft mit mir auf eine Studienreise gesandt, die uns durch das mittlere und westliche Deutschland nach Gheel und Frankreich führte. Als Ergebniss derselben wurde auf unsern Rath und unter *Jensen*'s ständiger Mitwirkung eine Colonie im engen Anschluss an die Anstalt Allenberg beschlossen und unter reichlichem Ankauf angrenzender Ländereien 1879—80 zur Ausführung gebracht. Infolge dieser Erweiterung konnte die gleichzeitig auch im Innern mehrfach umgestaltete und zuvor schon durch einen Erweiterungsbau erheblich vergrösserte alte Anstalt Allenberg mit ihren jüngeren Schwestern wieder Schritt halten und mancher derselben zum Vorbild dienen.

Damit allein aber war es nicht gethan. Das Bedürfniss drängte zum Bau einer zweiten Anstalt; und auch nach dieser Richtung hat *Jensen* thatkräftig und mit vollem Verständniss der einschlägigen Verhältnisse das Seine gethan. Zuvor aber führte er 1882 in Begleitung des Landesdirectors von Saucken und einiger anderer Mitglieder der Provinzialverwaltung eine zweite Studienreise aus. Gleich darauf ging es ans Werk. Man beschloss die Errichtung einer Anstalt mit reichlichem Landbesitz und theilweise freieren, colonialen Anlagen zu Kortau bei Allenstein. *Jensen* war bei Aufstellung des Programms und der Bauentwürfe, sowie bei der Auswahl der zum Ankauf angebotenen Liegenschaften unermüdlich und stand auch anfangs den Bauausführungen mit seiner ganzen Sachkenntniss zur Seite. Dass er auch später, nach eingetretenem Wechsel in der Provinzialleitung, seinen Einfluss auf die Bauausführung in wünschenswerthem Maasse hat ausüben können, muss ich nach seinen mir gemachten Mittheilungen bezweifeln, und so darf man auch nicht ihm jene Mängel in der Anlage von Kortau zur Last legen, welche sich selbst bei kurzem Besuche dieser Anstalt bald bemerkbar machen und mit den so reichlich aufgewendeten Mitteln leicht hätten vermieden werden können.

Um *Jensen*'s nach vielen Seiten fruchtbringende Thätigkeit und seine Art und Weise ins rechte Licht zu setzen, muss ich hier auch erwähnen, wie er sich zu seinen Hülfsärzten und den anderen Anstaltsbeamten stellte. Ich kann dies nicht besser thun, als durch Einschaltung einer Mittheilung, die ich von einem seiner früheren Hülfsärzte erhalten habe. „Als Chef," so schreibt derselbe, „war er geneigt, uns frei schalten zu lassen, um uns

Digitized by Google

Freude an der Sache zu bereiten. Er war frei von eifersüchtigen Neigungen, stets bereit, sowohl anzuregen, als auch Anregung zu empfangen; er hatte das Geschick, eine freie Bewegung der einzelnen ärztlichen und Verwaltungsorgane zu vereinigen mit geschlossener Ordnung im ganzen."

Aus der Allenberger Zeit sind an wissenschaftlichen Arbeiten noch anzuführen: „Schädel und Hirn einer Mikrocephalin" (1879) und „Ein Fall von Entwickelungshemmung in der motorischen Sphäre des Grosshirns" (1883), beide zunächst im Verein für wissenschaftliche Heilkunde zu Königsberg als Vortrag gehalten und im Archiv für Psychiatrie Band X, bez. XIV erschienen, und die beiden in der *Virchow-Holtzendorf*'schen Sammlung (Serie IV, bez. XIII) enthaltenen populären Vorträge „Träumen und Denken" (1869) und „Thun und Handeln" (1877), die sich durch eine frische, lebendige Darstellung auszeichnen.

Am 1. October 1885 folgte *Jensen* einem Rufe nach Berlin und übernahm die Direction der städtischen Irrenanstalt in Dalldorf. Mit voller Frische und Schaffensfreudigkeit trat er diese Stellung an; aber es sollte ihm nicht beschieden sein, eine längere Thätigkeit in derselben zu entfalten und an der weiteren Ausgestaltung der Berliner Irrenfürsorge wesentlich mitzuarbeiten. Schon nach wenigen Monaten traten erst zögernd und unterbrochen, dann deutlicher und mehr anhaltend Erscheinungen eines Gehirnleidens ein, das ihn im April 1886 nöthigte, einen längeren Urlaub zu nehmen. Er hielt sich während desselben anfangs in Görlitz, dann in Tegel auf, und verlegte im Frühjahr 1887 seinen Wohnsitz dauernd nach Charlottenburg, nachdem er seiner Krankheit wegen zur Disposition gestellt war. Aber er blieb auch jetzt noch geistig rege und thätig, hielt während der nächsten beiden Jahre aus dem Schatz seiner früheren Erfahrungen noch Vorträge in ärztlichen Vereinen und veröffentlichte in Verarbeitung des ihm von Allenberg her zu Gebote stehenden reichen Materials: „Ein Fall von enormem Hydrops des Hinter- und Unterhorns der linken Hemisphäre" (Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XLV), „Darstellung und Beschreibung einer intrauterin entstandenen Narbe in der rechten Hemisphäre des Gehirns einer chronisch Blödsinnigen" (Archiv für Psychiatrie XIX) und „Untersuchungen über 453 nach *Meynert*'s Methode getheilten und gewogenen Gehirnen von geisteskranken Ostpreussen" (Archiv für Psychiatrie XX).

Im Januar 1890 setzten einige ausgeprägtere paralytische Anfälle dieser Thätigkeit ein Ziel und am 24. April 1891 trat nach gehäuften epileptischen Anfällen der Tod ein, nachdem inzwischen unter leichten Schwankungen die Erscheinungen einer schweren Gehirnkrankheit angehalten hatten. Als anatomische Grundlage derselben ergab die Obduction: „ausgedehnte Verwachsung der Dura mit dem Schädel, geringe Trübung der Pia, namentlich keine besondere Trübung oberhalb der motorischen Partien, klare,

Digitized by Google

zarte Gefässe, starker Hydrocephalus internus, — Cyanose des Gehirns und sehr erweiterte Venen der Pia."

Musste hiernach auch der Tod als eine Erlösung erscheinen, so bleibt es doch zu beklagen, dass einem so reich begabten Leben in seinem erfolgreichen Schaffen so früh ein Ziel gesetzt wurde.

Juli 1891. *Wendt.*

Nekrolog *Bartens.* Am 4. Mai d. J. starb in Folge einer Lungenentzündung der Director des Genesungshauses zu Roda, Dr. *Ludwig Bartens*; er war geboren am 9. August 1843 zu Breinum bei Hildesheim als Sohn eines Guts- und Mühlenbesitzers, besuchte das Gymnasium zu Hildesheim, studirte an der Universität Göttingen und trat nach Absolvirung der Examina am 20. Mai 1870 als Assistenzarzt an der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Hildesheim ein. Er ist der Psychiatrie treu geblieben; nachdem er nach je 2 Jahren zum 4. und zum 3. Anstaltsarzt aufgerückt war, wurde er am 1. Juli 1876 zum 2. Arzte an die damalige rheinische Irrenheilanstalt zu Siegburg berufen und wirkte in dieser Stellung bis zur Auflösung der Anstalt am 1. Mai 1878, in den letzten Monaten mit den Directionsgeschäften betraut. Mit den letzten Kranken Siegburg's siedelte er in die neue Prov. Irrenanstalt zu Düren über. Dort war er bis zum 1. December 1881 als 2. Arzt thätig und wurde dann in gleicher Stellung an die neu eröffnete Anstalt zu Bonn versetzt, wo er bis zum 1. April 1887 blieb, um dann die durch den Tod *Mäder*'s freigewordene Directorstelle des Genesungshauses in Roda zu übernehmen.

Bartens war ein biederer, einfacher Charakter, er fand seine Zufriedenheit in stillem Wirken, sein ganzes Interesse ging auf in der väterlichen Sorge für seine Kranken und seine Familie. Leider war es ihm nicht vergönnt, in seinem letzten Wirkungskreise, der ihm in jeder Hinsicht zusagte, und in dem er sich glücklich fühlte, lange thätig zu sein, er sollte die Fertigstellung der landwirthschaftlichen Colonie, durch welche die Anstalt unter seiner Leitung erweitert wurde, und deren Entwickelung ihm so sehr am Herzen lag, kaum überleben.

Das Andenken an den ruhigen, anspruchslosen Mann wird bei Allen, die ihm näher getreten sind, nicht so bald verschwinden.

Auch unsere Zeitschrift verliert in *Bartens* einen Mitarbeiter; während seiner Wirksamkeit in den rheinischen Anstalten veröffentlichte er in ihr mehrere Arbeiten:

1) Ueber den Einfluss strahlender Wärme auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. 34. Bd.

2) Geisteskrankheit nach Bleivergiftung. 37. Bd.

3) Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf den Verlauf der Geistesstörung. 40. Bd. *Peretti.*

Digitized by Google

Nekrolog *Jäckel*. — Am 1. September d. J. starb in Schmalkalden der frühere Director der Privatirrenanstalt Lindenhof bei Dresden, Dr. med. *Franz Jäckel*. Derselbe hatte erst 4 Wochen vorher die Leitung seiner Anstalt aus Gesundheitsrücksichten aufgegeben, nachdem sie bereits seit Jahresfrist in den Besitz des bisherigen Directors der Privatirrenanstalt in Pirna, Dr. *Pierson*, übergegangen war.

Dr. *Jäckel*, im Jahre 1849 zu Fulda geboren, hatte sich bereits als Student in München und Marburg für Psychiatrie interessirt. Im Jahre 1875 wurde er Assistenzarzt an der Anstalt in Göppingen, woselbst er 2 Jahre verblieb. Später war er Hülfsarzt und dann Oberarzt in der Dr. *Kahlbaum*'schen Privatirrenanstalt in Görlitz, welche er am 1. April 1884 verliess, um die Direction der Heilanstalt Lindenhof zu übernehmen. Trotz vielfacher Schwierigkeiten gelang es ihm, diese Anstalt bald in die Höhe zu bringen. Durch verschiedene Neubauten vergrösserte er dieselbe und erwarb sich mehr und mehr das Vertrauen der Collegen. Seine Patienten hatten an *Jäckel* einen wohlwollenden und umsichtigen Berather; sein biederer und ehrenhafter Charakter gewann ihm die Achtung aller Derer, die ihm im Leben näher traten; sein früher Tod nach längerem Gehirnleiden erregte daher in vielen Herzen aufrichtige Theilnahme und es wird ihm ein ehrenhaftes Andenken nicht versagt bleiben. *P—n.*

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte[1]).

Dem Verein ist ferner beigetreten:
Städtische Privatheilanstalt Thonberg bei Leipzig.

[1]) Vergl. Zeitschr. Bd. 32, S. 80. — Bd. 33, S. 34. — Bd. 39, S. 339 u. S. 839. — Bd. 41, S. 475 u. S. 735. — Bd. 42, S. 185. — Bd. 44, S. 328. — Bd. 45, S. 490 u. S. 628. — Bd. 46, S. 137. — Bd. 47, S. 218 u. S. 461. — Bd. 48, S. 255. — Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben.
H. Laehr.

Nachricht.

Der fast 3monatliche Setzerstreik hat auch den Druck dieser Zeitschrift während dieser Zeit verhindert. Wir müssen daher die Leser für diese Verzögerung um Nachsicht bitten, ebenso diejenigen Herren Mitarbeiter, deren Arbeiten nicht in der verabredeten Weise veröffentlicht werden konnten. Die Verlagsbuchhandlung hat die möglichste Beschleunigung des Druckes von jetzt an zugesichert. Red.

Personal-Nachrichten.

Dr. *O. Binswanger*, Prof. extr. u. Dir. der psych. Klinik zu Jena, ist zum Prof. ord.,

Dr. *Tschich*, Ordinator an der städt. Irrenanstalt „Pantelaimonkspital" zu St. Petersburg zum Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Dorpat,

Dr. *Franz Tuczek*, Privatdoc. u. Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Marburg zum Prof. extraord.,

Dr. *G. Anton*, Privatdoc. in Wien zum Prof. extr. der Psych. zu Insbruck,

Dr. *C. Rank*, Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt bei Halle zum Dir. der Kgl. Würtemb. Staatsirrenanstalt zu Weissenau,

Dr. *Ad. Mayer*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Osnabrück zum Dir. des Genesungshauses zu Roda ernannt worden,

Dr. *Max Koeppen*, Privatdoc. und Assist. der psych. Klinik zu Strassburg hat sich als Privatdoc. u. Oberarzt der Irrenabth. der Charité zu Berlin,

Dr. *Alfr. Hoche*, Assist. der psych. Klinik zu Heidelberg als Assist. der psych. Klinik und Privatdoc. zu Strassburg habilitirt,

Dr. *Fr. Umpfenbach*, 1. Assist. der Prov.-Irrenanst. zu Andernach, ist zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Bonn ernannt,

Dr. *Fr. Jolly*, Prof. u. Dir. der psych. Klinik zu Berlin hat den Charakter als Geh. Med.-Rath,

Dr. v. *Rothe*, Staatsrath u. Dir. der Irrenanst. zu Warschau den als wirkl. Staatsrath,

Dr. *Ad. Schupmann*, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Pflegeanstalt zu Geseke den als Geh.-San.-Rath,

Dr. *R. Schroeter*, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Eichberg den als San.-Rath,

Dr. *F. Ast*, Dir. der Irrenanst. zu Schussenried bei seiner auf sein Ansuchen wegen leidender Gesundheit erfolgten Emeritirung den als Med.-Rath erhalten,

Dr. *H. Gerlach*, Med. Assessor u. Dir. der Prov.-Irrenanst. Marienthal zu Münster ist zum Med.-Rath ernannt,

Dr. Freiherr *R. von Krafft-Ebing*, Prof. u. Dir. der psych. Klinik in Wien, hat den Charakter als Hofrath u. das Ehrenkreuz des grossh. Mecklenb. Greifenordens,

Dr. *Th. Meynert*, Reg.-Rath u. Dir. der psych. Klinik zu Wien, das Ritterkreuz des Oestr. Leopoldordens erhalten,

Dr. *Franz Jaeckel*, fr. Dir. der Priv.-Heilanst. zu Lindenhof, ist nach längerem Leiden, 42 Jahre alt, zu Schmalkalden am 23. Aug. 1891,

Dr. *Ignaz Hoppe*, Prof. extr. an der Univ. Basel, ist 82 Jahre alt, im Nov. 1891,

Dr. *Gerh. Scherrer*, Geh. San.-Rath, Stadtphysikus u. dir. Arzt der städt. Pflegeanstalt. „Mariabrunn" für weibl. Geisteskranke des Stadtkreises Aachen im Jan. 1892 gestorben.

Digitized by Google

Ueber die amnestische Geistesstörung.

Von

Dr. **Th. Tiling,** Director der Irrenanstalt zu Riga.

Die Zahl der Arbeiten über multiple Neuritis ist im Laufe weniger Jahre eine enorm grosse geworden, wie aus der Zusammenstellung der Litteratur bei *Pal*, „Ueber multiple Neuritis, Mölder, Wien 1891" zu ersehen ist, und sie wächst noch rasch. Wie nun diese Krankheit berufen zu sein scheint, viele bisherige Anschauungen in Betreff der Rückenmarkskrankheiten radical umzugestalten, so dürfte sie auch in Zukunft eine Bereicherung der psychischen Erkrankungsformen herbeiführen, wenn mehr, als das bisher geschehen ist, dieser Reihe von Erscheinungen die Aufmerksamkeit der Forscher sich zuwendet. Auch *Pal* hat in seinem ersten Abschnitt, „die Geschichte des Gegenstandes", der psychischen Störung keine Erwähnung gethan; nur im Abschnitt „Pathogenese", erwähnt er ganz vorübergehend der Arbeiten von *Korsakoff* als eines Beweises dafür, dass diese Neuritis aus einer Allgemeinerkrankung des Nervensystems entstehe. — Der letzterwähnte Autor hat während dessen seine Publikationen über diesen Gegenstand durch eine neue vermehrt und zwar im Arch. f. Psych. u. Nervkr. Bd. XXIII H. I, 1891: „Ein Fall von polyneuritischer Psychose mit Autopsie". Dieser Fall soll nochmals den Beweis liefern, dass auch zu Fällen nichtalkoholischer multipler Neuritis die von ihm als specifisch geschilderte Geistesstörung sich hinzugesellen könne. In dieser Arbeit sagt *Korsakoff*:

„Abgesehen von unseren Fällen sind in der Litteratur nur noch sehr wenige Fälle psychischer Störung bei nichtalkoholischer multipler Neuritis beschrieben. Kurze Hinweise auf die Möglichkeit finden sich etc. Doch

Digitized by Google

alle diese Fälle sind äusserst kurz beschrieben. Im Jahre 1889 verbreitete sich *Tiling* über die Frage, inwieweit eine bei alkoholischer Lähmung beobachtete psychische Störung mit dem Alkoholismus in Zusammenhang stehe, und kam zu entgegengesetzten Schlüssen wie wir; er nimmt nämlich an, dass die in Rede stehende eigenartige psychische Störung wirklich vorkommt, doch nur bei Neuritiden alkoholischen Ursprungs: bei anderen Neuritiden dagegen komme sie garnicht vor. Allerdings befindet sich in der Zahl der von ihm angeführten 7 Fälle ein solcher, wo multiple Neuritis allem Anschein nach vorlag, Alkoholismus jedoch nicht dagewesen war — er widerspricht sich also gewissermaassen selbst.“ —

Weiter sagt der Autor, es erscheine ihm angesichts meiner Arbeit der Nachweis nothwendiger als zuvor, dass nichtalkoholische Neuritis sich ebenfalls mit der geschilderten Geistesstörung combiniren könne.

Dagegen erlaube ich mir einige Citate aus meiner erwähnten Arbeit, „Ueber die bei der alkoholischen Neuritis beobachtete Geistesstörung“, Allg. Ztschr. Bd. 46 H. 2 u. 3, 1889. Auf p. 275:

„Eine Durchsicht der Litteratur lehrt dagegen, dass in Fällen nichtalkoholischer Neuritis multiplex nur sehr selten von psychischer Störung die Rede ist.“

Und auf der folgenden Seite:

„Weiter ergiebt sich, dass von diesen (verschiedenen Formen der Neuritis) nur die Alkoholneuritis sich regelmässig mit jener amnestischen Geistesstörung verbindet, während von der Beri-Beri-Neuritis nichts Aehnliches berichtet wird; vereinzelt finden sich allerdings auch Fälle spontaner Neuritis mit Amnesie.“ —

Solche und ähnliche Aussprüche in meiner Arbeit überheben mich wohl der Nothwendigkeit, nochmals zu betonen, dass mir Fälle wohl bekannt sind, in denen nach Typhus, Puerperium etc. multiple Neuritis, combinirt mit der erwähnten Geistesstörung vorkommt, und dass es kein Widerspruch ist, wenn ich schon damals über einen solchen Fall selbst berichtet habe. Dasselbe gilt von einer Arbeit von ***Brasch***, „Beitrag zur Lehre von der multipelen Neuritis“, Neurologisches Centrlbl. von ***Mendel*** Jahrgang X No. 9. 1891, in welcher es auf p. 265 heisst:

„Darnach werden ähnlich wie bei der alkoholischen Neuritis auch bei anderen Polyneuritiden gewisse dem Delirium acutum hallucinatorium beizuzählende Zustände beobachtet, wie sie eben auch unser Fall dargeboten hat. Die Behauptung *Tiling*'s, dass diese Complication einzig und allein der Polyneuritis alcoholica zukomme, ist schon von anderer Seite zurück-

Digitized by Google

gewiesen worden, und auch unser Fall, bei welchem der Alkoholismus mit Sicherheit auszuschliessen ist, spricht dagegen.“ —

Gegen diesen letzteren Fall und seine Beweiskraft nach irgend einer Richtung ist noch einzuwenden, dass in meiner Arbeit von einem Delirium acutum hallucinatorium nirgends die Rede gewesen ist; ich habe von einer sogen. amnestischen Geistesstörung gesprochen, deren acute Stadien nichts Charakteristisches haben, und die erst ausser der Zeit der Paroxysmen deutlich ein anderes Bild darbietet als andere Irrsinnsformen. Aber auch der neueste Fall von *Korsakoff* in der eben angeführten Arbeit ist, wenigstens nach seiner Schilderung, schwerlich von einem gewöhnlichen puerperalen Irresein zu unterscheiden; denn zu einem Stadium der Beruhigung, während dessen allein die Amnesie deutlich nachzuweisen gewesen wäre, ist es garnicht gekommen. Wie dem nun aber auch sein mag, ob der letzte Fall von *Korsakoff* die specifische Geistesstörung darbot oder nicht: ich zweifle an dem Vorkommen dieser Combination nicht und habe an ihr nicht gezweifelt; und mit ein Zweck dieser Mittheilung ist sogar, noch einen Fall von multipler Neuritis bekannt zu machen, der sehr deutlich die amnestische Geistesstörung darbot, ohne nachweisbar durch Missbrauch von Alkohol veranlasst worden zu sein.

Der Fall ist folgender:

Frau Q. aus Moscau, 45 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie, war selbst gut begabt, von lebhaftem Temperament; als junges Mädchen Gouvernante. Seit der Mann sie kennt, hat sie an Migräne gelitten. Im Jahre 1870 heirathete sie und hat 5 Geburten durchgemacht. Das erste Kind starb in der Geburt, das zweite, 3 Jahre alt, an Bronchitis, die letzten, 3 Knaben, sind am Leben; der jüngste Sohn ist 11 Jahre alt. Die Menstruation hat im Sommer 1890 aufgehört. Im Sommer 1890 war die Familie nach Arensburg ins Bad gegangen; dort erkrankte die Frau den 12. Juni am Typhus abdominalis. Ueber den Verlauf der Krankheit berichtet Dr. *Carstens*: der Typhus verlief normal; in der fünften Woche verliess Pat. das Bett, und der Appetit kehrte wieder. In der sechsten Woche trat wieder Fieber auf nach einer Ausfahrt, dabei galliges Erbrechen, und der Appetit schwand ganz. Zwei Wochen dauerte das Fieber, das Erbrechen blieb aber weiter bestehen und war zuweilen blutig gefärbt. Die Schmerzen in der Magengegend waren gering. Verordnet wurden Compressen, Creosot, Morphium mit Magist. Bism., später Acid. muriat.; genossen wurde gekochte Milch, Bouillon, Kemmerich-Fleischpepton, Wein, Cognac und Aehnliches reichlich. —

Digitized by Google

Am 13. August traf Pat. in Riga ein; unterwegs war sie einmal ohnmächtig geworden. Sie wurde zuerst im Hotel von Dr. *Wolfers* behandelt. Die Beschwerden waren dieselben; neben denselben wurde aber Unbesinnlichkeit constatirt, Pat. war oft aufgeregt, weinte, war meist nicht orientirt über Ort und Zeit, konnte sich namentlich gar nicht auf die Vorkommnisse der letzten Tage besinnen, verkannte den Arzt und Andere, meinte in Fremden Bekannte zu erkennen. Zu bemerken ist noch, dass schon in Arensburg dieselbe Unbesinnlichkeit bemerkt worden war, wobei namentlich dasselbe öfter wiederholt werden musste, da es sich ihr nicht einprägte. —

Aufnahme in Rothenburg den 23. August 1890. Pat. klein von Wuchs, abgemagert, Hautfarbe grau-fahl, Stimme heiser und schwach; etwas Oedem im Gesicht, in den Augenlidern. Pat. kann nicht aufstehen, sinkt beim Versuch zusammen, klagt über Schmerzen in den Beinen, Patellarreflexe fehlen, sie klagte auch über einen Schmerz in der rechten Seite des Abdomens, besonders bei Druck. Der Harn ist eiweisshaltig und enthält einzelne hyaline Cylinder, Menge nicht herabgesetzt, aber sie hat öfter Harndrang, namentlich Nachts. —

Pat. war bei ihrer Ankunft beunruhigt darüber, dass sie hier aus dem Wagen steigen sollte; sie wollte weiter fahren, es sei hier nicht der richtige Ort, sie müsse nach Hause. Nach kurzer Zeit ist sie wieder zufrieden, will durchaus selbst stehen und gehen, sinkt aber nieder, weil die Beine den Dienst versagen. Sie vermengt die letzten Erlebnisse, Zeit und Ort; sie weiss, dass sie krank ist, „mein Gedächtniss ist schlecht nach dem Typhus, aber es wird schon gut werden, ich werde bald nach Moscau reisen können; ich bin eigentlich schon ganz gesund“. — Sinnestäuschungen und Wahnideen nicht nachzuweisen. —

25. August. Die Schmerzen im Abdomen dauern fort, Urin eiweisshaltig. Pat. glaubte des Nachts öfter, dass sie gebären müsse und verlangte Vorbereitungen dazu; am Tage besser orientirt.

1. September. Schmerzen neben dem Nabel und von da zur Iliacalgegend zu stärker.

2. September. Nachts unruhig, starker Schmerz in der bezeichneten Gegend, kann nicht uriniren. Morgens 9 Uhr Schüttelfrost, Temp. steigt auf 39,6, sie fröstelt, lässt nach einer warmen Compresse reichlich Harn. Lungen frei, starker Schmerz rechts im Abdomen, keine Uebelkeit, kein Singultus. Verordnet: Eisblase, Opium, Milch.

3. September. Seit gestern Abend weniger Schmerzen, Fieber abgefallen, Puls 80, fühlt sich sehr matt.

4. September. Exsudat in der Fossa iliaca dextra nachweisbar, fühlt sich wie eine mittelstark gefüllte Darmschlinge an, in der Gegend des Wurmfortsatzes sehr empfindlich bei Berührung, Harn eiweisshaltig, einzelne granulirte Cylinder, Stuhl nach hohen Klystiren.

5. und 6. September. Wenig Schlaf, Schmerz unverändert, Temp.

Digitized by Google

36,3, Abends 36,7. Pat. ist nicht orientirt, meint oft in Moscau oder noch in Arensburg zu sein, verwechselt die hiesigen Aerzte mit Moskauer Aerzten, vergisst schnell Datum und Namen und bemerkt selbst ihre Unfähigkeit, sie äussert öfter „ach mein Gedächtniss ist so schwach, aber das wird schon gut werden"; sie sucht die Lücken auch durch stereotype Fragen und scherzhafte Redensarten auszufüllen wie, „nicht wahr, jetzt lassen Sie mich bald nach Moscau fahren", oder „nun, jetzt bin ich wohl bald gesund, morgen lassen Sie mich wohl aufstehen?" Die Stimmung ist wechselnd, bald weint sie darüber, dass sie noch zu Bett liegen muss, bald wieder Euphorie, „eigentlich geht es mir ganz gut, aber der Herr Doctor ist so streng". —

7. September. Heute Abend erregt, will aus dem Bett, sie wisse genau, dass man im Gesellschaftszimmer Briefe aus Moscau habe, die wolle sie durchaus lesen, man dürfe sie ihr nicht vorenthalten. Sie weiss nicht was sie gegessen hat, ob sie Stuhlgang gehabt hat; antwortet nach Gutdünken, wenn man dann zweifelt, sagt sie, „ich weiss es aber nicht genau, da müssen Sie jemand anders fragen". — Temp. 36,3, 36,0, 36,3, Harnmenge 925. —

9. September. Schmerzen geringer, wenig Schlaf. Abends und Nachts die Orientirung am geringsten. Temp. 36,5, 36,5. Harnmenge 1000. —

14. September. Die Temperaturen und die Harnmenge gleich geblieben. Tags matt, Nachts wenig Schlaf. Verordnung Urethan 5,0.

18. September. Sonst dasselbe, aber Pat. klagt über starke Schmerzen in den Beinen. Befund: Das Beugen im Knie gut und kräftig, das Strecken langsamer, und die Kraft in den Muskeln ist herabgesetzt, N. peroneus sinister sehr druckempfindlich, ebenso der N. cruralis sinister, rechts weniger deutlich ausgesprochen, linker N. medianus auffallend druckempfindlich, Abmagerung der Kleinfingerballen und der Mm. interossei an beiden Händen; sonst keine merkliche Atrophie vorhanden; Patellarreflexe fehlen, Sensibilität erhalten. Die Stimme heiser, Harn wie früher eiweisshaltig, keine Cylinder, Reaction sauer, spec. Gewicht 1014, Menge schwankt zwischen 1000 und 1700, viel Epithelien der Blase. —

1. October. Harn klarer nach Ausspülungen mit 2 procentiger Borsäurelösung; Geschwulst in der Fossa iliaca bildet sich zurück. Pat. erhebt sich auf die Wärterin gestützt und kann dann mit Unterstützung einige Schritte machen; dann aber sinkt sie zusammen. Sie ist noch sehr vergesslich, behält das Datum nicht, hat sich aber über den Aufenthaltsort orientirt. Durch Lesen von Zeitungen sucht sie sich weiter zu orientiren, wobei sie selbst bemerkt, wie sie vieles während der Krankheit vergessen hat. Bei der Thatsache z. B., dass Caprivi als Nachfolger von Bismarck genannt wird, erstaunt sie, obgleich dieser Wechsel sich längst vor ihrer Krankheit vollzogen hatte. — In den Beinen öfter Schmerzen, besonders des Nachts.

Digitized by Google

15. October. Indem sich Pat. auf ihre Arme stützt, kann sie sich allein erheben und geht langsam auf den Stock gestützt. Im Liegen sind die Bewegungen der unteren Extremitäten noch kraftlos, besonders die Extension, Patellarreflexe fehlen, die Haut der unteren Extremitäten gegen Druck und den elektrischen Strom recht empfindlich, Nervenstämme noch schmerzhaft, indirecte Erregbarkeit der Muskeln herabgesetzt bei Prüfung mit dem faradischen Strom; in den Händen Kribelgefühl, Stimme kräftiger. Gedächtniss wird langsam besser, schreibt geordnete Briefe.

15. November. Status bei der erfolgten Entlassung: Psychisch genesen. Selten noch Schmerzen in den Beinen, Patellarreflexe fehlen noch; die Nerven bei Druck nicht mehr schmerzhaft; das Aufrichten vom Stuhl fällt noch schwer, steht sie einmal, so kann sie längere Zeit gehen, auch ohne Stock, kann auch Treppen steigen ohne besondere Beschwerde. Mit den Händen gehen alle Verrichtungen prompt von statten; die Atrophie der kleinen Muskeln nicht mehr zu bemerken; zuweilen unwillkürliche Zusammenziehungen im rechten Quadriceps. Die Druckempfindlichkeit der Haut hat bedeutend abgenommen. —

Aus einem Bericht des Mannes vom 11. Dec. ist anzuführen, dass der geistige Zustand ganz normal war; die Beine waren noch schwach und ungelenk; sonst Alles normal. —

Eine Neuritis multiplex war in diesem Fall mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen; die Atrophien waren deutlich, die Patellarreflexe fehlten, die Druckempfindlichkeit der Nervenstämme war deutlich ausgesprochen, die Reaction gegen den faradischen Strom bei indirecter Reizung herabgesetzt und dabei bestand schlaffe Parese der Unterextremitäten und in geringerem Grade auch der oberen.

Allen diesen Symptomen ging eine ausgesprochene Amnesie voraus, wobei mancherlei wahnhafte Vorstellungen und Erinnerungstäuschungen nur episodisch auftraten.

Als Ursache des Leidens musste der vorausgegangene Typhus abdominalis angesehen werden und im Anschluss daran ein Leiden des Darmtractus, in dessen erster Periode ein Ulcus ventriculi vermuthet werden konnte, in dessen zweiter Periode aber ein entzündliches Exsudat in der Gegend des Wurmfortsatzes zur Beobachtung gelangte. Ausserdem bestand als Folgeerscheinung des Typhus eine Nephritis. —

Hier läge also wiederum ein Fall von Neuritis multiplex vor, der, nicht durch Alkohol veranlasst, mit amnestischer Geistesstörung verlief, wie sie *Korsakoff* geschildert uud deren er schon 14 oder

Digitized by Google

jetzt 15 gesehen haben will; denn darauf, dass in dem eben mitgetheilten Fall während des Typhus und des späteren Darmleidens viel Spirituosen gebraucht worden waren, möchte ich für die Entstehung der Amnesie kein Gewicht legen.

Ich habe, wie gesagt, auch früher einen Fall von spontaner Neuritis mit Amnesie beschrieben, zwei weitere aus der Litteratur angeführt und diese Combination nicht in Abrede gestellt, sondern nur ihr überaus seltenes Vorkommen hervorgehoben. — Während also, wie ich wiederum betonen muss, im Alcoholismus chronicus nach übereinstimmender Angabe vieler Autoren die amnestische Geistesstörung Regel ist, während in der alkoholischen Neuritis dieses Zusammentreffen fast ausnahmslos beobachtet wird, tritt es bei anderen Neuritiden nur ausnahmsweise ein. Ich habe mich in meiner citirten Arbeit enthalten daraus eine Hypothese über das Wesen der amnestischen Geistesstörung und der Neuritis überhaupt aufzustellen und ich wage es auch jetzt nicht; nur die Thatsache muss ich wiederum constatiren, dass in dem einen Fall entschieden ein allgemeines Ergriffensein des Nervensystems vorliegt und im andern ein mehr oder weniger locales, und dass dieser Unterschied in ätiologischen Momenten begründet ist; eine genauere Angabe darüber, welches ätiologische Moment hier entscheidend ist, scheint vor der Hand unmöglich. *Korsakoff* dagegen behauptet, die besprochene Form der Geistesstörung sei eine jeder Neuritis eigenthümliche und komme nur bei Neuritis vor, und er führt Neuritis und Geistesstörung zusammen auf Blutvergiftung zurück; er nennt daher das Leiden Cerebropathia psychica toxaemica und die Geistesstörung Psychosis polyneuritica. Dagegen muss ich allerdings Einsprache erheben, — denn dieselbe psychische Störung kommt nicht nur bei der Neuritis multiplex vor, auch nicht nur im Alkoholismus, welcher doch nicht in toto mit zur Neuritis gerechnet werden darf, sondern auch bei Leiden, die nichts mit irgend einer Blutintoxikation zu thun haben. Ich habe schon in meiner früheren Arbeit über diesen Gegenstand als solche das Senium und das Kopftrauma namhaft gemacht, und seither sind mir neue Fälle zur Beobachtung gelangt, welche dieses zu bestätigen geeignet sind. Bevor ich jedoch diese Fälle mittheile, muss ich mich noch gegen eine Ausführung von *Korsakoff* wenden. Er sagt bei seiner Schilderung der von ihm als Psychosis polyneuritica bezeichneten Gei-

Digitized by Google

stesstörung in dieser Zeitschrift Bd. 46 Heft 4 und auch an anderen Orten, es zeige sich zu Beginn derselben Furcht, Unruhe bis zur Tobsucht und vollständige Verwirrung, der Kranke beginne Worte zu vermengen, könne nicht zusammenhängend reden, verwechsele die Facta, berichte von nie dagewesenen Reisen, verwechsele alte Reminiscenzen mit kürzlichen Begebenheiten, wisse nicht, wo er sich befinde, und mitunter komme es zu Illusionen des Gesichts und Gehörs etc. Mit der Bewusstseinstrübung komme fast stets eine tiefe Gedächtnissstörung zur Beobachtung. In früheren Arbeiten hatte *Korsakoff* es sogar so dargestellt, als ob die Psychose ganz in Form der Verwirrung verlaufen könne, ohne dass Amnesie eine Rolle dabei zu spielen brauche; in seiner oben citirten Arbeit schränkt er diese Behauptung allerdings dahin ein, dass meistentheils nach vorhergegangener Aufregung und Verwirrung die Amnesie sich zeige. — Gegen diese Ausführung kann und muss der Einwand erhoben werden, dass in ihr eigentlich nichts Charakteristisches mehr liegt. Die aufgezählten Erscheinungen treten im Verlauf vieler anderer Psychosen auch auf. So lange Aufregung bis zur Tobsucht und allgemeine Verwirrtheit besteht, liegt in dem Verwechseln von Factis und von alten Reminiscenzen mit kürzlichen Begebenheiten, liegt in der Desorientirung in Bezug auf Ort und Zeit garnichts Charakteristisches für eine Form der Geistesstörung; erst wenn die Aufregung vorüber ist, wenn wieder Besonnenheit eingekehrt ist, und wenn dann das Zusammenwerfen längst vergangener Vorkommnisse mit den gegenwärtigen fortbesteht; wenn dann noch die Unfähigkeit fortbesteht sich dauernd über Ort und Zeit zu orientiren und dadurch Widersprüche in den Reden hervortreten; erst dann gewinnt der Zustand allerdings etwas Charakteristisches, was ihn von den anderen Geistesstörungen, auch von der gewöhnlichen Demenz, unterscheidet. Dann ist es eben eine partielle Ausfallserscheinung, indem die chronologische Reihenfolge von Begebenheiten nur bei erhaltenem Gedächtniss eingehalten werden kann. Es verhält sich das wohl ungefähr ebenso wie mit der Diagnose der Heerderkrankungen des Gehirns; die begleitenden Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen und Bewusstlosigkeit können die Diagnose nicht stützen, sondern nur die reinen Ausfallserscheinungen; gerade ebenso stützen die von *Korsakoff* angeführten Symptome nicht die Diagnose eines

Digitized by Google

eigenartigen Irreseins, sondern nur die reine Ausfallserscheinung, die Amnesie, und alles Andere stört und verwirrt die Diagnose. Es ist also in allen Fällen erst das Zurücktreten der Verwirrung und Aufregung abzuwarten, um reine Amnesie, ohne Verfälschung des Bewusstseins durch Wahnideen etc., constatiren zu können. Es sind aber von *Korsakoff* Fälle berichtet worden, in denen die anfängliche Verwirrung und Aufregung bis zum Tode anhielt, und hier bleibt die Diagnose, meiner Ansicht nach, unentschieden. — Gestützt auf die obige Schilderung *Korsakoff*'s scheint *Brasch* in seiner oben angeführten Arbeit die sogenannte Psychosis polyneuritica als gewöhnliches Delirium acutum hallucinatorium anzusehen, und in seinem Fall kam nur ein kurzes Aufregungs- und Verwirrungsstadium zur Beobachtung, weiter nichts. Natürlich meint das *Korsakoff* nicht, wie hätte er sonst dieser Störung einen besonderen Namen gegeben? Aus meinen Auseinandersetzungen aber ist zu ersehen, dass ich die Bezeichnung Psychosis polyneuritica nicht für zutreffend halte; diese Geistesstörung ist nichts Neues und kommt durchaus nicht nur der Polyneuritis zu. —

Die Fälle, die ich mitzutheilen gedenke, betreffen eine an Altersschwäche leidende Dame und einen jungen Mann, der sich durch einen Sturz vom Pferde wahrscheinlich einen Schädelbruch zugezogen hatte. Senile Gedächtnissschwäche neben Abnahme aller Geisteskräfte wird gewöhnlich sogar nicht als pathologisch angesehen, so häufig gelangt sie zur Beobachtung; in diesem Fall aber war das Gedächtniss total ausgelöscht, so dass nicht das Geringste und auch nicht die stärksten Eindrücke haften blieben; die landläufigen Begriffe und Begriffsverbindungen waren erhalten und unverfälscht; alle Details, alle individuellen Erfahrungen und Erlebnisse waren und blieben ausgelöscht. Solche Fälle sind nicht etwas ganz Aussergewöhnliches; doch werden sie wenig beachtet und beschrieben. Nach meiner Erfahrung werden sie gewöhnlich durch ohnmachtsartige oder schlagartige Anfälle eingeleitet, wobei aber keine Lähmungen zurückbleiben. In dem nachfolgenden Fall weist die Anamnese allerdings einen Insult nicht nach; es mag das daher rühren, dass die Dame allein mit ihrem Dienstmädchen gelebt hatte. —

Fräulein C. v. B., 76 J. alt, stammt von gesunden Eltern, die beide hochbetagt gestorben. In der Verwandtschaft sollen keine Nervenkrank-

Digitized by Google

heiten vorgekommen sein. Die Kranke hat ein regelmässiges Leben geführt, ist Klavierlehrerin gewesen; sie hat keine schweren Krankheiten durchgemacht. Vor 6—7 Jahren wurde an ihr grosse Vergesslichkeit bemerkt, seit 3 Jahren traten Herzbeschwerden auf. Im Herbst 1890 war sie sonst noch körperlich rüstig, bewegte sich viel im Freien; seit Schluss des Jahres Schwäche der unteren Extremitäten.

Aufnahme in die Anstalt am 31. Januar 1891. Pat. sehr mager, Puls klein, zuweilen unregelmässig, beschleunigt, Arterien sklerotisch. An den Augen Arcus seniles, Pupillen eng aber gleich, reagiren langsam. Am Herzen Spitzenstoss 2 fingerbreit nach aussen und unten von der Mamilla, relative Herzdämpfung nach oben vergrössert, absolute reicht nach rechts bis an den Sternalrand, nach oben bis zur dritten Rippe, nach aussen nicht über die Mamillarlinie. Ueber der Aorta ein lautes, rauhes systolisches Geräusch, der zweite Ton unrein. Ueber der Mitralis dasselbe Geräusch mit einem lauten musikalischen Beiklang, beide Töne hörbar. Die Beine sind schwach, Gang langsam, unsicher. Oedem der Füsse, Tremor der Hände.

1. Februar 1891. In der Nacht ein Anfall von Athembeklemmung gewesen. — Pat. ist sehr zufrieden mit ihrem Aufenthalt, weiss aber nicht wo sie ist, meint, sie habe sich an ihre Umgebung noch nicht gewöhnt, alle seien ihr fremd. Auf die betreffende Auskunft sagt sie: „richtig, es sind alles Doctoren." Aber auch ihre langjährige Pflegerin, die zugegen ist, erkennt sie nicht, meint, es sei ihre Nichte. Pat. kann sich auf ihren eigenen Namen, ihr Alter nicht besinnen, ebenso nicht auf die Verwandtschaftsgrade verschiedener Angehöriger, von denen die Rede ist. —

3. Februar. Abends stenocardischer Anfall, Pat. wird im Bett unruhig, ächzt, greift an die Brust, der Athem wird coupirt, die Herzthätigkeit sehr beschleunigt, sie muss aus dem Bett, ruft mit gepresster Stimme: „ach Gott, ach helft mir doch, ach erbarmt Euch mein; ach könnte man doch helfen." Der Anfall dauert über ¼ Stunde, grosse Unruhe in den Händen, greift an die Schenkel, in der Luft umher etc. Kalte Umschläge auf's Herz. Morph. — Nachher ruhiger Schlaf.

6. Februar. Keine neuen Anfälle. Pat. ist zufrieden mit ihrem Aufenthalt, erkennt aber Niemand aus der Umgebung. Wann man zu ihr kommt, fragt sie gewöhnlich, „was soll sein? was wird sein?" — wie in der Erwartung, dass mit ihr etwas Besonderes vorgenommen werden soll. Fragt man sie, ob sie gegessen habe, wen sie von Verwandten am Leben habe etc., so wird sie verlegen und unruhig, greift an ihren Kleidern umher, wischt über den Tisch; bleibt man länger bei ihr, so genirt sie das, weil sie die Situation nicht versteht. —

Eine Veränderung im Befinden trat nun nicht sobald ein; körperlich erholte sich die Pat., ging rüstiger, die Füsse blieben ödematös, Anfälle traten selten auf und wurden mit Morph. und Digit. bekämpft. Meist sass Pat. ohne Beschäftigung im Lehnstuhl, hin und wieder trieb sie eine innere

Digitized by Google

Unruhe durchs Zimmer. Die Amnesie blieb unverändert, sie vergisst, was sie selbst eben gesagt hat, bleibt auch oft mitten in einem längeren Satz stecken ohne das Ende zu finden und sucht durch kleine Witzchen oder Ausflüchte den Gedächtnissdefect zu verdecken, Fragen, die sie nicht beantworten kann, zu umgehen durch conventionelle Phrasen, die sie ganz geschickt anwendet: „warten Sie, was war es doch? — ich habe es ganz vergessen, wirklich ganz vergessen; es wird wohl nichts Wichtiges gewesen sein". Die Stimmung ist meist freundlich, nur zuweilen ist sie misslaunig, zankt mit der Wärterin, ohne den Grund ihrer Unzufriedenheit angeben zu können, so dass Beeinträchtigungsideen vollkommen ausgeschlossen werden können. Im Verkehr liebenswürdig und höflich, Musik hört sie gerne, achtet genau auf die Ausführung, lässt keinen Fehler ungerügt, wie sie überhaupt zur Kritik geneigt ist. —

Schwerere stenocardische Anfälle traten erst im Mai auf; und zwar am 27. Mai 4 Uhr Morgens und am 29. Mai Nachts ½12 Uhr. Sie ruft: „Hülfe, helft, rettet". Bis 2 Uhr Nachts sitzt sie im Lehnstuhl, dann wird sie ins Bett gebracht und scheint zu schlummern. Um 5 Uhr Morgens bemerkt die Wärterin, dass sie gestorben ist. —

Die Section ergab: Herz: Im Pericard c. 200 ccm sanguinolente Flüssigkeit, das Herz nicht vergrössert, mit Fett überwachsen. Ostium aortae so eng, dass die Branche der Darmscheere nicht passirt; die Klappen stehen in der Schlussstellung, weil sie starr durch Kalkeinlagerung sind. Die Mitralis etwas verkürzt, wulstig, mit Kalkeinlagerungen durchsetzt. Linker Ventrikel: Wand c. 2cm dick, stellenweise gelblich verfärbt, ebenso die Papillarmuskeln, Coronararterien geschlängelt, stellenweise verkalkt. — Aorta stellenweise fleckig. — Schädelhöhle: Dura theilweise adhärent, Pia zart, subarachnoidales Oedem, Pacch. Granulationen gering, Hirnsubstanz fest, Blutpunkte reichlich, Gyri verschmälert, ebenso die graue Rinde, Seitenventrikel erweitert, voll klarer Flüssigkeit, Ependym glatt, Arterien der Basis mit weissen Flecken. — In den übrigen Organen wurde nichts Bemerkenswerthes gefunden. —

Der folgende Fall betrifft einen unverheiratheten Mann von 31 Jahren, einen Polizeibeamten; ein Bruder des Vaters ist geisteskrank gewesen, zwei seiner Brüder haben in der Jugend an Krämpfen gelitten, eine Schwester leidet an Hysterie, ein Bruder wegen leichtsinnigen Lebenswandels nach America expedirt. Pat. war recht begabt aber faul in der Jugend, später Lebemann, hat viele Schulden, Excesse in Baccho und Venere reichlich vorgekommen. Bei einer gelegentlichen Anwesenheit in Dorpat stürzte Pat. am 19. August d. J. auf einem Ritt in berauschtem Zustande mit seinem Pferde und blieb bewusstlos liegen; sofort wurde constatirt Stockung der Athmung, Erbrechen. Es wurde künstliche Athmung eingeleitet. Am Abend desselben Tages, nachdem er in eine chirurgische Privatklinik transportirt worden, ergab die Untersuchung Bewusstlosigkeit, schwere, schnarchende, zuweilen stockende Athmung, Speichelblasen vor dem Munde, un-

Digitized by Google

willkürlicher Harnabgang, in der Regio temp. sinistr. beinahe handtellergrosse Sugillation; das linke Augenlied wird nicht ganz gehoben, linke Nasolabialfalte verstrichen, der Mund schief, der linke Arm und die Hand hängen schlaff herab, werden von der rechten Hand gefasst und gehoben. das linke Bein bewegungslos, reagirt schwach auf Nadelstiche, wohingegen die rechten Extremitäten lebhaft reagiren und bewegt werden.

20. August Abends: Linke Augenlid öffnet sich besser, linke Pupille enger, reagirt langsamer, der linke Arm wird etwas bewegt, ebenso das linke Bein, Bauch und Cremaster-Reflex links nicht vorhanden. Ab und zu tritt etwas Bewusstsein auf, dann Klagen über Schmerz im Kopf und Rücken. Harn geht ins Bett.

21. und 22. August. Unverändert, einmal etwas Klarheit ohne Erinnerung an das Vorgefallene.

23. August. Bewusstsein wiedergekehrt, es werden Gehversuche gemacht, die Bewegungen bedeutend besser. —

27. August. Sensorium scheinbar frei, Lidspalte und Pupillen gleich. ebenso Nasolabialfalte, Mund und Zunge schief, Arm und Bein etwas beweglich, besonders im Bein schon gewisse Kraft vorhanden. Pat. wird nach Riga in das Diakonissenkrankenhaus übergeführt und daselbst bis zum 21. September verpflegt. — Hier trat wieder eine Verschlimmerung auf, die Parese der unteren Gesichtsmuskeln wurde wieder deutlicher, und es kommt Geistesstörung hinzu. Sie äusserte sich in lautem verworrenem Schwatzen und motorischer Unruhe, Pat. wollte namentlich fort aus der Anstalt. —

Am 21. September wurde Pat. der Anstalt Rothenberg zugeführt. In Ergänzung der Anamnese ist anzuführen, dass im Laufe des letzten Sommers, wahrscheinlich in Folge zweier schmerzlicher Erfahrungen, an dem Kranken eine ungewöhnliche Euphorie beobachtet worden war; er lebte namentlich in der Erwartung baldiger grosser Einnahmequellen. Pat. ist kräftig und untersetzt gebaut, am Schädel ist nichts Abnormes zu entdecken. die Pupillen reagiren träge, der Puls ist klein. die Sprache ist unverändert. fliessend, die linke Nasolabialfalte flacher, die linke Gesichtshälfte bleibt bei Bewegungen zurück, beide linken Extremitäten sind paretisch und etwas abgemagert gegenüber der rechten, die Sensibilität links herabgesetzt, sowohl Tast- wie Schmerzempfindung, Patellarreflexe lebhaft, leichter Fussclonus.

Benehmen flott und ungenirt, nachlässig, hochgradige Euphorie und Mangel jeder Krankheitseinsicht, das Gedächtniss für die Vergangenheit ist bis zu einem gewissen Zeitpunkt erhalten, die Ereignisse der letzten Wochen werden bunt durcheinandergeworfen, völlig desorientirt in Bezug auf Raum und Zeit. — Der Kranke beantwortet Fragen bezüglich seines früheren Lebens richtig, giebt alle Umstände richtig an bis zum Sturz vom Pferde, dann fährt er fort: „Ich komme hierher um zu baden, hier ist der Dr. T. es ist von hier nicht weit bis zum Meeresstrande, etwa ½ Werst; diese Anstalt liegt nach oben, nach Dorpat zu, man fährt hierher über Riga nach

Digitized by Google

Dorpat; dort wohnt der Dr. C. (falsche Angabe wie alle früheren), der es gut mit mir meint; er lief in die Apotheke und brachte mir etwas, als ich mich bei einem Feuerschaden über die Juden ärgerte.“ Auf die Frage was er hier beginnen wolle, antwortete er, „ich will hier meine Dienstzeit abmachen, als Kosak; ich werde täglich Rapporte ablegen, ich will hier auch auf die Jagd gehen mit dem Lehrer und dem Förster; ich schoss gestern auf der Jagd ein Doublett auf einen Hirsch und einen Bollen.“

22. September. Wiederholt dieselbe Jagdgeschichte, verlässt öfter sein Zimmer um seine Geschäfte zu erledigen. Er giebt einmal zu, hier in einer Irrenanstalt zu sein; nach einigen Stunden meint er doch wieder im Diakonissenhause zu leben; weiter behauptete er, dass es Februar sei; im Januar hätte er die Verletzung erlitten. Er hält sich für vollkommen gesund. —

24. September. Pat. ist etwas ungeduldig, drängte nach Hause; dabei ist er aufgelegt zu obscönen Scherzen, Erinnerungsfälschungen: „ich erhielt einen Brief aus G., worin stand, du bist im Irrenhause.“ — Einige Schmerzpunkte am Trigeminus I, Radialis und Medianus links. —

26. September. Der Kranke wird klarer und besonnener, er ist heiterer Stimmung, meidet die anderen Kranken, der Gang bessert sich, er hinkt aber stark, Schlaf gut. —

30. September. Pat. weiss jetzt, dass er aus dem Diakonissenhause nach Rothenberg versetzt worden, dass er in Dorpat auf einer Privatklinik gelegen, von dort mit einem Pfleger nach Riga transportirt wurde; an die Zeit des Falles hat er keine klare Erinnerung, er meint, es sei im April gewesen, und er kann nicht glauben, dass es damals August war. Nach dem Sturz sei er zur Besinnung gekommen in dem Moment, als ihm das Kopfhaar rasirt wurde; im Diakonissenhause habe er an starken Kopfschmerzen gelitten, in Rothenberg nicht mehr. Was jetzt um ihn her vorgeht, referirt er richtig.

2. October. Erinnerungsfälschungen laufen mitunter; er sei aus dem Diakonissenhause ins Bordell gefahren und habe dort eine Schlägerei gehabt, habe in Riga den Arzt gesehen, der ihn in Dorpat behandelte. Die Stimmung heiter, zuweilen ausgelassen.

4. October. Das Gehen und Stehen wird besser, die Beweglichkeit des Armes und der Hand nimmt zu, der Druck der Hand wird stärker, die Nasolabialfalte deutlicher, die Pupillen sind etwas different, rechte weiter. —

8. October. Pat. giebt jetzt alle Vorkommnisse geordnet an und meint, sein Kopf sei voll toller Gedanken gewesen, er hätte Bilder von sinnlicher Deutlichkeit gesehen, die unmöglich wahr und wirklich sein konnten; es könne z. B. unmöglich wahr sein, dass er aus dem Diakonissenhause ins Bordell gefahren sei, obwohl er sich dessen deutlich erinnere. Rechts in der Temporalgegend eine erbsengrosse Stelle gegen Druck empfindlich. —

9. October. Die Muskeln regeneriren sich, passive Bewegungen des linken Armes sind schmerzhaft; er kann activ bis etwa 60° gehoben werden.

Digitized by Google

15. October. Pat. ist scheinbar wenig wahrheitsliebend, macht falsche Angaben über Einladungen die er erhalten haben will von Verwandten, schützt Geschäfte vor, die seine Entlassung erforderlich machen, ist überzeugt, bald wieder eine Stellung und Beschäftigung zu finden. — Im Ganzen fällt noch eine gewisse Kritiklosigkeit auf; körperlich fortschreitende Besserung.

3. November. Wechselnd, bald ernster, bald wieder übermüthiger, seine einzige Beschäftigung bildet Spazierengehen und Kartenspielen; Lectüre treibt er selten; über das Gelesene giebt er wenig Auskunft. Das Gehen bedeutend besser, macht weite Gänge ohne Stütze. Bei passiver Bewegung der kranken Extremitäten eine gewisse Spannung; den Arm kann er fast bis zur Horizontalen heben. Bei faradischer Reizung der Muskeln der gelähmten Seite tritt eine lebhafte Contraction auf. Der Kranke verbleibt noch ferner in der Anstalt.

Dieser Kranke war vielleicht schon vor der Kopfverletzung geistig nicht ganz normal; wenigstens entsprach seine im Sommer geäusserte zuversichtliche und hoffnungsreiche Stimmung nicht den wirklichen äusseren Verhältnissen. Dem Sturz folgte unmittelbar Somnolenz, Hemiplegie, Cheyne-Stockesches Athmen und Erbrechen. Die Somnolenz schwand zeitweilig am 2. und 3. Tage und dauernd am 4. Schon in der chirurgischen Klinik wurde unzusammenhängendes Reden und Gedächtnisslücken betreffs neuerer Vorkommnisse constatirt; er drängte aus der Klinik fort, weil er sich für gesund hielt. Deutlicher zeigte sich die Gedächtnissstörung im Diakonissenhause, wo er sich vom 28. August an aufhielt; und neben dieser Verschlimmerung ging parallel mit ihr eine neue Zunahme der linksseitigen Parese. Bei der Aufnahme in die Anstalt Rothenberg hatte sich die Parese wieder etwas gebessert, und die Verwirrung schwand von Tag zu Tage deutlich, und es trat ein geordnetes Betragen und zusammenhängendes, scheinbar ganz vernünftiges Reden auf. — Die Geistesstörung bestand also in ungeordnetem Durcheinanderwerfen wirklicher Erlebnisse und in der gänzlichen Unfähigkeit eine einmal gewonnene Orientirung festzuhalten. Auf diese Weise sprach Pat. von einer Jagd, die vielleicht vor Monaten stattgefunden hatte, als wäre sie gestern gewesen, so wähnte er bald in Dorpat, bald im Diakonissenhause zu Riga zu sein und einige Minuten darauf behauptete er ganz ehrbar seine Pferde und Hunde bei sich zu haben und morgen auf die Jagd gehen zu wollen, wobei er vergass, dass er fast gelähmt war. Im

Digitized by Google

weiteren Verlauf der Krankheit meinte er öfter eine Aufforderung zu seinen Verwandten erhalten zu haben und erwartete die Equipage. Bei den Besuchen der Verwandten war wohl gelegentlich von solchen Besuchen die Rede gewesen. — Wahnideen und Hallucinationen liessen sich bei dem sonst richtig urtheilenden Kranken ausschliessen; denn die Erinnerungsfälschungen wie z. B., dass er aus dem Diakonissenhause ins Bordell gefahren sei und dort eine Schlägerei gehabt habe, beruhen sicher nicht auf Hallucinationen, sondern erklären sich wohl durch lebhafte Reproduction früherer Erlebnisse in dem damals vorhandenen Traumzustande d. h. in der Somnolenz und ihren Uebergängen zum wachen Bewusstsein; die Erinnerung war verfälscht durch Vermischen älterer und jüngerer Ereignisse. Alles was von Thatsachen in dem Gedächtniss vorhanden war, ermangelte der chronologischen Reihenfolge. Er selbst meinte später, es müsse ein Traum gewesen sein. — Es muss aber ausdrücklich hervorgehoben werden, dass ein so complicirter Zustand wie der geschilderte, nicht allein durch Störung des Gedächtnisses erklärt werden kann, sondern auch die übrigen Geisteskräfte waren mannigfach gestört, und als das schwerste Stadium überwunden war, trat in diesem, wie in allen Fällen von amnestischer Geistesstörung, neben leichter Vergesslichkeit eine deutliche Schwäche auch auf den übrigen Gebieten des Geisteslebens zu Tage. Hier wie bei den so häufig anzutreffenden Alkoholikern und Greisen im leichtdementen Zustande finden wir ausser der Vergesslichkeit für Thatsachen auch alle Affecte und Interessen abgeblasst sowie die Kritik geschwächt. Die Kranken sind zur Rührung geneigt, aber die Rührung und jeder Kummer machen schnell wieder einer heiteren oder gleichmüthigen Stimmung Platz. Die Einsicht und Selbstkritik haben gelitten, die Kranken sind allen Vorstellungen gegenüber taub und blind, und obgleich sie über Mangel an Beschäftigung klagen, sind sie doch ohne Interesse für ernste Gegenstände. ***Babille*** in seiner Arbeit: Des troubles de la Memoire dans l'alcoholisme et plus particulièrement de l'amnesie alcoholique, Paris 1886, entwirft ein anschauliches Bild dieses Zustandes bei chronischen Alkoholikern. Immerhin bleibt der Gedächtnissmangel das am meisten in die Augen springende Moment; denn am meisten stört in jeder Thätigkeit die Unfähigkeit, Thatsachen und ihre chronologische Reihenfolge festzuhalten. Nicht minder aber als

Digitized by Google

die nackten Thatsachen schwinden auch die emotiven Elemente, welche die Thatsachen begleiten oder spontan entstehen; auch sie können keine dauernde Verbindung mit dem Bewusstseinsinhalt eingehen. Der Bewusstseinsinhalt ist auf diese Weise unverfälscht durch Wahnideen, aber isolirt, und er verarmt mit der Zeit immer mehr. Die alten zur Routine gewordenen Fertigkeiten und Kenntnisse bleiben noch viele Jahre erhalten, bis die Demenz immer deutlicher wird; aber es ist und bleibt doch eine eigene Art von Demenz, eine einfache Atrophie des Geisteslebens, hervorgerufen nicht durch Zerstörung und Entstellung des Vorhandenen, sondern durch Abschneiden aller Zufuhr von Ernährungsmaterial. —

Ein ganz analoger Fall ist mir durch freundliche Uebermittelung des Collegen *Behr* aus der psychiatrischen Klinik in Dorpat zur Verfügung gestellt worden.

J. D. Student der Medicin, 32 Jahre alt, stürzte am 26. December 1890, während seines Aufenthaltes in seiner Heimat, 21 Fuss tief in einen Keller. Man fand ihn bewusstlos und laut schnarchend daliegen. Keinerlei äussere Verletzung konnte entdeckt werden. Eine Viertelstunde später wurde er unruhig, bewegte aber nur die linke Körperhälfte. Er blieb $2^1/_2$ Tage bewusstlos, dann kam er zeitweilig zu Bewusstsein, sprach von der Klinik, erkannte die Umstehenden, wähnte sich aber in Dorpat und wollte untersuchen und operiren. Die Sprache war frei und fliessend, es bestand aber eine leichte Parese der rechten Körperhälfte und eine Ptosis rechterseits. Der Urin wurde ins Bett gelassen. Es bestand grosse Unruhe, er drängte aus dem Bett, bohrte den Kopf ins Kissen, die Nahrungsaufnahme war schlecht. Erbrechen und Fieber waren nicht vorhanden. — Am 22. Januar 1891 wurde constatirt: Kein Fieber, Zunge weicht nach links ab, Ptosis und Mydriasis rechts, Parese des Facialis und der Extremitäten rechts, Sensibilität scheint erhalten. Pat. schlummert viel und ist beim Erwachen benommen, antwortet nicht auf die Fragen, bringt nur einzelne Worte hervor, die unverständlich sind, bedient sich offenbar falscher Worte, Patellarreflexe beiderseits lebhaft. Incontinentia urinae.

Am 9. Februar 1891 in die Klinik zu Dorpat aufgenommen. Befund zuerst derselbe.

Am 14. Februar beginnt die Besserung. Der Kranke spricht zusammenhängend, erkennt die Umgebung. Die rechte Pupille weiter, die rechte Nasolabialfalte geringer ausgeprägt, sonst sind die Paresen zurückgegangen. Der Kranke weiss, dass er sich in der Irrenanstalt befindet, weiss aber nicht, wann er dorthin gekommen und wie lange er sich in der Anstalt befindet. Er sagt: ich bin aus der Bohnenstrasse gekommen, anfangs allein, später bin ich von Commilitonen hergebracht, aus der Badestube komme ich, wo zahlreiche Mädchen waren, mit denen ich nicht

Digitized by Google

verkehrte. In der Badestube war es sehr kalt aus Mangel an italienischer Luftheizung.“ Rührselig, weinte spontan. Er erzählte, er habe Abscesse von 39 Zoll Umfang gehabt, die wie Kloaken erschienen und dann abgetrieben wurden. Im Sommer hätte er mehrere Einreibungen erhalten wegen seiner Halsschmerzen. Auf die Frage, wie lange er studirt habe, meinte er, 6—7 Jahre in Dorpat und früher in Odessa. In Dorpat habe er sich wiederholt mit Darmbacterien und Nervenoperationen beschäftigt. — Beim Lesen Verwechselung von Buchstaben und Silben. Er giebt selbst an, er sei verwirrt, doch bessere sich sein Zustand; es habe ihm oft der rechte Ausdruck gefehlt. — Beim Kopfrechnen versieht er sich sehr oft. Wenn der Kranke ins Sprechen kommt, giebt es kein Halt, er kommt vom Hundertsten ins Tausendste.

26. Februar. Pat. drängte hinaus, „ich möchte bitten ausgehen zu können, ich muss mir verschiedenes besorgen, Taback u. s. w. — Fragen aus der Medicin beantwortet er ziemlich richtig; dann, welchen Monat haben wir? „Wahrscheinlich Februar d. h. den 2. December“. Wie lange sind Sie hier? „Wenn wir heute Mittwoch haben, so glaube ich Montag vor 3 Wochen gekommen zu sein.“ Sind Sie in einen Keller gestürzt? „Ich bin oft gefallen, der Einzelheiten kann ich mich nicht entsinnen; ich kann meine Krankheit nicht verstehen, weil ich meine Anamnese nicht verstehe.“

27. Februar. Auf die Frage eines Bekannten, wie er heisse, wird ein falscher Name genannt und hinzugefügt, „so hiesst Du wenigstens früher; Du bist aus Mitau, ich habe Dich auf Maskeraden und auch bei ernsten Gelegenheiten, auf Mensuren gesehen. Du warst früher in der Estonia. Aufgefordert, Studentenlieder zu singen, vermengt er Melodien und Texte. Rechenaufgaben werden dieses Mal besser gelöst.

28. Februar. Beantwortet die gestellten Fragen besser, meint, die geistige Unfähigkeit beruhe auf Entwöhnung, es fehle an Uebung im Denken und Lesen; „ich habe ein Jahr weder gelesen noch gesprochen. Viel klarer werde ich nicht, die Rückerinnerungen werden auch nicht auftauchen, mein Gedächtniss hat gelitten, die Aufeinanderfolge der Begebenheiten ist mir nicht klar; die Ueberlegung hat nicht besonders gelitten“. Fragen nach der Dauer seines Aufenthaltes in der Klinik, nach seiner Aufnahme etc. werden jetzt richtig beantwortet.

Im Verlauf des März nähert sich das psychische Verhalten allmälig dem normalen, im April nur eine gewisse Euphorie und Vergesslichkeit zu constatiren, ausserdem noch eine gewisse Labilität der Stimmung und vielleicht manchmal Mangel an Worten.

Am 18. Mai wird Pat. gebessert entlassen.

Hinzuzufügen ist endlich, dass Pat. vor 4 Jahren syphilitisch inficirt worden war, und dass sich zur Zeit seiner Aufnahme in die Klinik multiple Gummata in der Rückenhaut vorfanden. Unter einer specifischen Behandlung bildeten sie sich schnell zurück. —

Digitized by Google

Duboisinum sulfuricum bei chronisch geisteskranken Frauen.

Von

Dr. **P. Näcke**-Hubertusburg.

Sedativa medikamentöser Art besonders bei chronischer Aufregung anzuwenden, wird man als Anhänger des no-restraints nur ungern sich entschliessen, denn es handelt sich im Grunde doch um weiter nichts, wie schon oft hervorgehoben wurde, als um Vertauschung der mechanischen gegen eine chemische Zwangsjacke, von anderen Unzuträglichkeiten ganz zu schweigen. Je mehr Ruhe auf den Stationen durch anderweite Maassnahmen erzielt wird, um so lobenswerther ist die Anstalt. Bei Ueberfüllung aber der Räume, wie es so oft in öffentlichen Anstalten der Fall ist, einer Ueberfüllung, welche eine strenge Scheidung der Elemente nicht immer zulässt, vor Allem aber eine so wohlthätige, ausgedehnte Bettbehandlung unmöglich macht, trotzdem sicher dadurch nicht alle Unruhigen beschwichtigt werden, sieht man sich doch immer wieder genöthigt zu arzneilichen Mitteln zu greifen.

In dieser Zwangslage wandte ich früher schon in ausgiebigster Weise das Hyoscin an, worüber ich zweimal[1]) ausführlich berichtete. Ich kam hierbei zum Schlusse, dass dies Mittel in kleinen Dosen à la *Rabow*, innerlich gegeben, bei chronisch erregten Frauen so gut wie wirkungslos war, dass andererseits grössere Dosen, intern, zwar beruhigen, wenn auch durchaus nicht immer, aber so schwere Intoxicationserscheinungen verursachten, dass ich für alle Zeiten von diesem Mittel absehe. Die hohe Gefahr desselben, bei subcutaner Anwendung allerdings, wird immer mehr und mehr an-

[1]) *Näcke*, „Das Chloralamid, Hyoscin und Amylenhydrat als Antiepilepticum". Diese Zeitschr. Bd. 47 und „Weitere Mittheilungen über Hyoscin" soeben im 48. Bd.

Digitized by Google

erkannt, neuerdings wieder z. B. von *Ostermayer, Preininger, Lewald, Krüg*[1]) und Andern, so dass es sicher, trotz einzelner Enthusiasten, bald verlassen werden dürfte, um so mehr, als wir vor kurzem durch *Ostermayer*[2]) in dem Duboisinum sulfuricum ein mindestens ebenso sicheres, dabei aber bedeutend ungefährlicheres Sedativum kennen lernten.

Es konnte natürlich nicht fehlen, dass sofort dasselbe Anwendung fand, und es liegen hiervon bereits Berichte vor von *Gellhorn*[3]), *Preininger*[4]) und *Lewald*[5]), die im Allgemeinen die Angaben *Ostermayer*'s bestätigen. Ich freue mich dasselbe zu thun und werde Gesichertes daher nur kurz berühren, weniger bekannte Punkte dagegen näher beleuchten.

Bezüglich der pharmakologischen, chemischen und physiologischen Seite des Duboisins verweise ich einfach auf die schöne Arbeit *Ostermayer*'s und will nur kurz bemerken, dass die Lösung klar, geruchs-, fast geschmacklos, haltbar — daher sich gut intern nehmen lässt — und billiger als Hyoscin[6]) ist.

Das Mittel ward entweder nur subcutan, oder zugleich innerlich, oder endlich nur innerlich gegeben, versuchsweise ward es ferner bei einigen Ruhigen, aber Schlaflosen als reines Hypnoticum verordnet.

In unserer Versuchsreihe handelt es sich um chronisch Kranke; meist waren es secundäre Zustände, mit Ausnahme von 2 Idiotinnen und 1 Hysterica; Paralysen waren aber keine darunter. Die Erregung selbst war meist chronisch mit mehr weniger grossen Exacerbationen, öfters aber auch intercurrent, selten mehr periodisch. Alle Grade sind vertreten, vom blossen Schwatzen bis zu Turbulenz, Zerreissen, Gewaltthätigsein etc. Eine nähere Scheidung derselben

[1]) Die Privat-Heilanstalt zu Ober-Döbling, 1891, p. 159.

[2]) *Ostermayer*, Ueber die sedative etc. Wirkung des Atropins und Duboisins. Diese Zeitschr. Bd. 47, p. 278.

[3]) *Gellhorn*, Duboisinum sulfur. als Sedativ und Hypnoticum. Deutsche medic. Wochenschr. No. 30, 1891.

[4]) *Preininger*, Duboisinum als Sedativum und Hypnoticum bei Geisteskranken. Diese Zeitschr. Bd. 48, p. 134 ss.

[5]) *Lewald*, Ueber die Anwendung von Dub. sulf. bei Geisteskranken. Neurologisches Centralblatt No. 19, 1891.

[6]) Nach *Rabow*'s Arzneiverordnungen (1891) kostet Hyoscin. hydrobrom. 0,01 = 15 Pf., Duboisin. sulf. 0,1 = 70 Pf.

Digitized by Google

aber glaubte ich nicht vornehmen zu dürfen, da dieselbe immer nur eine subjective bleiben wird. Immer handelt es sich jedoch um mehr weniger störende Elemente. Alle Kranken wurden früh auf einen Saal gebracht und, wo es anging, auf das Bett gelegt und vor und nach der Einspritzung ward der Puls, die Respiration und Temperatur registrirt. Absichtlich wurde als Zeit der Injection der Morgen (gegen 10 Uhr) gewählt, wo der Schlaf an sich nicht physiologisch ist, also ein wahres Hypnoticum als solches erst sich documentiren kann.

Die Mehrzahl liess sich die Operation ziemlich ruhig gefallen, Andere mussten dabei von Pflegerinnen fixirt werden. War es wegen grosser Widerspenstigkeit unmöglich in den Oberam einzuspritzen, so geschah es am Unterschenkel. Bei Einigen ging aber auch das wegen widriger Balgerei nicht an, und hier war eine Indication für interne Anwendung des Mittels gegeben. Selbstverständlich ward durchaus antiseptisch verfahren, daher sind nie Abscesse etc. beobachtet und nur einige Male Röthe und leichte Schwellung. Die Lösung selbst war 1 $^0/_{00}$, später 2 $^0/_{00}$, was bei höheren Dosen bequemer ist und keinerlei Unannehmlichkeiten bereitet. Betrachten wir jetzt zuerst die Statistik.

A. Als Sedativum.

1) Subcutane Anwendung.

Bis zum Tage der Niederschrift dieser Zeilen wurden an 40 Frauen (von 30—60 Jahren, nur 7 waren jünger, 5 älter, die älteste 77 Jahre) im Ganzen 233 Injectionen gemacht[1]), und zwar allein oder zugleich mit (54) inneren Gaben. 21 Personen erhielten 1—5, 10 P.: 5—10, 8 P.: 10—15 und 1 mehr als 15 (nämlich 17) Einspritzungen.

Der Stärke nach vertheilen sich dieselben folgendermaassen:

Stärke der Dosen	½ mg	¾ mg	1 mg	1½ mg	1¾ mg	2 mg	2½ mg	3 mg	3½ mg	4 mg
Injectionen	52	31	91	17	1	27	6	5	1	2

[1]) 14 Abendinjectionen von ½—1 mg wurden nicht mit eingerechnet, weil Abends physiologische Beruhigung und Schlaf sich nie sicher ausschliessen lassen. Eine Ausnahme geschah nur mit dem später angeführten Falle M.

Digitized by Google

Es zeigten sich nun absolut ohne jede Wirkung nur 6 Injectionen = 2½ pCt. (*Lewald* 4 pCt., *Preininger* 3,7 pCt.).

Verabreicht wurden demnach 174 Dosen bis zu 1 mg und 59 darüber, wovon 8: 3 mg und mehr betragen.

In den positiven Fällen trat nun Beruhigung ein, mit oder ohne Schlaf. Letzterer ward nach 112 Einspritzungen = 48 pCt. beobachtet. Das Verhältniss von Dosis und Eintritt des Schlafes ist aus folgender Tabelle ersichtlich:

Schlaf trat ein nach	½ mg	¾ mg	1 mg	1,5 mg	2 mg	2,5 mg	3 mg	3,5 mg	4 mg	Summa
sofort, binnen 10 Min.	8 mal	5 mal	10 mal	3 mal	3 mal	1 mal	1 mal	—	2 mal	33 mal
nach 10—20 Min.	4 -	2 -	5 -	1 -	5 -	—	2 -	—	—	19 -
nach 20—30 Min.	8 -	4 -	7 -	3 -	4 -	—	1 -	1 -	—	28 -
nach 30—60 Min.	2 -	3 -	11 -	2 -	1 -	2 -	—	—	—	21 -
nach 1 Stunde	3 -	—	7 -	—	1 -	—	—	—	—	11 -
Summa	25 -	14 -	40 -	9 -	14 -	3 -	4 -	1 -	2 -	112 -

Der Schlaf trat also in fast ¾ dieser Injectionen bei Dosen bis zu 1 mg ein, während *Lewald* von solchen Dosen nur sehr geringe Wirkung sah. Während wir aber Schlaf überhaupt in 48 pCt. aller Einspritzungen erfolgen sahen, geschah dies bei *Lewald*, bei allerdings fast ausschliesslicher Anwendung von 2 mg, in ¾ aller Fälle, bei *Ostermayer* in 66,6 pCt. und bei *Preininger* in 69,6 pCt., aber ebenfalls nach durchschnittlich höheren Gaben.

Der Schlaf trat bei uns binnen 10 Minuten ein in 33 Fällen = fast 29 pCt., binnen einer halben Stunde überhaupt in ca. 71½ pCt. Trat derselbe nicht sofort auf, so zeigte sich zuerst Beruhigung, dann allmälig Müdigkeit, bisweilen Gähnen, die Lider fielen herab und der Schlaf trat allmälig ein, der sich vom natürlichen durchaus nicht unterschied. Er war meist tief, ruhig, selten unterbrochen, sodass die Kranken halb aufwachten und nach einiger Zeit wieder einschliefen. Puls, Respiration und Temperatur ver-

Digitized by Google

hielten sich (bis auf wenige Fälle) völlig normal, während *Gellhorn* meist geringe Pulsvermehrung, *Ostermayer* dagegen öfter Pulsherabsetzung beobachteten. Nach dem Erwachen waren die Kranken, wie *Preininger* richtig angiebt, für längere Zeit meist abgespannt, wie noch nicht ganz bei Sinnen, Manche schläfrig, wiederholt mussten sie auf ihre Stube getragen werden, weil ihr Gang zu taumelig war. Künstlich blieben sie so wenigstens mehrere Stunden ruhig, arbeiteten etc., bis wieder eventuell Unruhe eintrat.

Ueber die Schlafdauer giebt folgende Tabelle Auskunft:

Schlafdauer nach	½ mg	¾ mg	1 mg	1½ mg	2 mg	2½ mg	3 mg	3½ mg	4 mg	Summa
bis zu 1 Stunde	5	3	12	4	5	2	—	—	—	31
1—2 Stunden	7	9	25	1	8	—	1	—	—	51
2—4 -	2	2	5	1	1	1	1	—	1	14
4—6 -	5	1	—	3	1	—	1	1	1	13
Summa	19	15	42	9	15	3	3	1	2	109

Wie sehen daraus, dass am häufigsten der Schlaf 1—2 Stunden dauert und zwar in fast 47 pCt., während längerer Schlaf von 4—6 Stunden nur in beinahe 12 pCt. notirt ist. Ein einziges Mal betrug er mehr.

Die Kranke, die später erwähnte Pr . . l, erhielt 2,5 mg injicirt und schlief von früh 10,40 bis Nachmittag gegen 6 oder 7 Uhr, also wenigstens 8 Stunden. Hierauf ward sie bald wieder unruhig, erhielt 1⅔ mg innerlich, ward darnach ruhig und schlief die ganze Nacht.

Ostermayer sah sogar in 6 Fällen 12 stündigen Schlaf.

Wir lesen ferner aus der Tabelle, dass schon nach ½ mg Schlaf von 4—6 St. bewirkt wurde.

Im Allgemeinen ist die Stärke der Dosis der Schlafdauer direct, der Zeit des Eintritts der Schlafwirkung indirect proportional, doch gilt dies nicht ausnahmslos, selbst bei gleichen Fällen, ja auch bei einer und derselben Person. Ceteris paribus wird ferner der Eintritt des Schlafes um so später erfolgen und die Schlafdauer um so kürzer sein, je erregter die Kranke ist, auch hier aber mit Ausnahmen. Nach hohen Dosen braucht endlich auch durchaus kein Schlaf aufzutreten. Eine unserer Patientinnen erhielt z. B. 3,0

Digitized by Google

injicirt, schlief gar nicht darnach, sondern war nur sehr matt, benommen, wie betrunken und liess sich hin- und herschieben.

Als merkwürdig will ich noch folgende Fälle herausheben:

Eine periodisch erregte Schwachsinnige erhielt $^1/_2$ mg eingespritzt, schlief nach 23 Min. ein. Der Schlaf dauerte $^1/_2$ Stunde. Pat. blieb nach dem Erwachen ruhig, schlief Nachts gut und war auch noch am nächsten Tage halb im Schlafe, ohne aber zu taumeln etc.

Eine andere, schwächliche Person erhielt 1 mg, schlief nach 1 Stunde 5 Min. ein, erwachte nach $^3/_4$ Stunden und wurde dann unruhiger als zuvor, lief beständig herum, klagte über Durst und hatte weite Pupillen.

Beruhigung ohne Schlaf trat in 115 Fällen ein, also in fast 50 pCt. aller. Der Grad war natürlich ein sehr verschiedener, bald nur ein sehr geringer, bald ein recht beträchtlicher. In den meisten Fällen trat binnen $^1/_2$ Stunde Ruhe ein, nicht selten auch sofort, doch auch später, so dass, wenn man $^1/_4$ Stunde nach der Injection in den Saal trat, die turbulente Menge meist sich ruhig, manchmal mäuschenstill verhielt; die Einen schliefen fest, die Andern lagen, ohne zu schlafen, ruhig da, hockten oder gingen herum.

Im Allgemeinen dauerte die Ruhe viel länger an (mit *Gellhorn* und *Ostermayer*) als der Schlaf, im Gegensatze zu *Lewald*, der eine Beruhigung von 1—3 St. angiebt. Ja, 74 mal (= 64,3 pCt.) hielt sie nicht nur am Tage, sondern auch Nachts an, wobei sicherlich die Meisten Nachts geschlafen haben werden, und erst am nächsten Morgen trat wieder Unruhe auf. Einige Male brauchte man sogar erst den übernächsten Tag, ja wiederholt erst nach Verlauf einiger Tage von neuem einzuspritzen, was ich nicht immer als blossen Zufall hinstellen möchte.

Auch die Beruhigung trug hier gewöhnlich nicht den Charakter der natürlichen an sich, sondern leichtes Verstörtsein, Schwindel etc. machten sich geltend, wenngleich die Kranken selten klagten.

Das Verhältniss von Eintritt, Dauer und Tiefe der Beruhigung zur Dosis und Erregung ist ein ähnliches, wie wir es vorher beim Schlafe sahen; auch hier spielt aber die Individualität eine grosse Rolle, so dass mancherlei Abweichungen vorkommen. Namentlich ward wiederholt beobachtet, dass bei derselben Person und Dosis bald Schlaf, bald nur Beruhigung ohne Schlaf auftrat, dann vielleicht wieder Schlaf folgte etc.

Digitized by Google

Anhangsweise sei noch erwähnt, dass in 2 Fällen (Idiotie und secundäre Verblödung) das hervorstechende Symptom des Zerreissens trotz eingetretener Ruhe nicht beseitigt wurde, wohl aber in einem dritten.

Gehen wir jetzt zur näheren Symptomatik über, so sei vorweg bemerkt, dass weder bezüglich der Wirkung noch der unangenehmen Zufälle das Alter, der Kräftezustand (unter unsern Kranken waren 7 Schwache und Anämische und mehrere Phthisen) oder die Krankheitsform irgend einen deutlichen Einfluss zu haben schienen.

Dass nach den Einspritzungen nie Abscesse entstanden, ward schon bemerkt. Die Kranken klagten aber bisweilen nach der Injection über brennenden Schmerz (*Preininger* contra *Ostermayer*; *Gellhorn* sagt: „vereinzelt leichte Schmerzhaftigkeit"), was nicht der Hautspannung, sondern wohl der Droge selbst zuzuschreiben ist.

Dagegen sah ich nur relativ selten (im Gegensatze zu Andern) deutliche Mydriasis entweder bald oder später eintreten und mehrere Stunden anhalten, einmal sogar 24 Stunden. Nicht selten war sie extrem. Sie störte übrigens nicht, und nur eine einzige Kranke klagte, dass ihr Alles verschwommen vorkäme.

Durst trat verhältnissmässig selten auf, nur 10mal ist er notirt, von „trocknem Hals" dagegen sprach nur eine einzige Kranke, während *Ostermayer* beide Symptome als ziemlich constant bezeichnet.

Die Herzthätigkeit zeigte sich nur zweimal irregulär; Andere beobachteten ausserdem Beschleunigung oder Verminderung des Pulses, wie auch adäquate Veränderungen an der Respiration und Temperatur. Nur zweimal war das Athmen stöhnend, bei derselben Person.

Oefters war in unseren Fällen nach der Injection der Appetit sehr afficirt, was ich nirgends erwähnt finde. Das Mittagsessen wurde nicht berührt und erst das Abendbrot genommen.

Das Nähere über Schlaf und Beruhigung ward schon oben mitgetheilt.

Exantheme irgendwelcher Art, oder ein rash ward nicht beobachtet.

Digitized by Google

Besprechen wir jetzt die unangenehmeren Symptome, die eintreten können, so finden wir 14 mal ausgesprochene Mattigkeit, Schwindel, mehr weniger taumeliges Gefühl, Schwanken wie in Trunkenheit, bisweilen mit Benommenheit, ja Bewusstlosigkeit notirt; ferner 5 mal Erbrechen — von blosser Uebelichkeit, die öfters sich zeigte, abgesehen —, Kopfschmerzen 7 mal und Krampfzustände 5 mal. Im Ganzen also nach 233 Einspritzungen 29[1]) mal = 12½ pCt. unangenehme Zufälle, ein immerhin ziemlich hoher Satz! Alle diese Nebenerscheinungen fasse ich bereits als Intoxicationssymptome auf und zwar durch Einwirkung auf das Centralnervensystem, in specie auf das Gehirn. Bemerkt sei ferner, dass dieselben auch schon bei kleinen Dosen (½ mg) sich zeigen können, was sehr wichtig ist!

Von Andern berichtete Gesiechtshallucinationen, deliriöse und tobsüchtige Zustände, sah ich nie, dagegen, wie gesagt Krämpfe.

Die dies bezüglich beobachteten Fälle sind kurz folgende; sie sollen, wie auch einige weitere, zugleich das Unberechenbare der Duboisinwirkung demonstriren.

1. Frau I . . . . r, eine kräftige Frau von 50 Jahren, mehr periodisch erregt, erhielt ½ mg, schlief nach ½ Stunde ein, aber nur kurze Zeit, wobei sie während 10 Minuten mässiges Zucken in Armen und Oberkörper zeigte, bei weiten Pupillen und unregelmässigem Pulse. Temperatur nicht erhöht. Dieselbe hatte vorher 2 Dosen à ½ mg erhalten, ohne Krämpfe, dann kam dieselbe Dosis mit Krämpfen, während alle spätern, die erheblich höher waren (bis 2 mg) ohne weitere Zufälle verliefen.

2. Frau H . . . . e, 45 Jahre alt, mässig kräftig, chronisch mässig erregt, mit vielen Gehörs- und Gefühlstäuschungen, hatte erst 3 Injectionen à ½ mg erhalten, darnach nur Müdigkeit, Mattigkeit, Schwindel verspürt ohne Schlaf; erst nach ¾ mg schlief sie ein. Es folgten nun 3 Dosen à 1 mg; bei der 3. Dose: sofortiger Schlaf, 1 Stunde lang und gleich nach Eintritt desselben ½ Stunde lang nicht unbeträchtliches Zucken im ganzen Körper, auch im Gesichte. Spätere Dosen von 1 und 2 mg verliefen glatt und erzeugten keinen Schlaf mehr.

3. Frau Pr . . . l, 39 Jahre alt, chronische Paranoia mit langdauerden, mittleren Erregungszuständen, erhielt erst ¾ mg, den 29. Sept. 1,5 mg.

---

[1]) statt 31, weil 2 mal Kopfschmerzen zugleich mit Schwindel etc. vorkamen. Zu bemerken bleibt aber, dass sicher noch öfter üble Zufälle eintraten, aber nicht gesehen, daher auch nicht notirt wurden. Die 12½ pCt. gelten daher nur als Minimalzahl.

Digitized by Google

Nach 10 Minuten: Ruhe, kein Schlaf, aber Zuckungen am ganzen Körper, ¼ Stunde lang unter schweren Athemzügen, Stöhnen, bei weiten Pupillen. P. und T. war vor- und nachher normal. Gegen Abend ward sie wieder laut, erhielt daher 1⅔ mg intern und mit Erfolg. Den nächsten Tag wieder 1½ mg eingespritzt: nach ½ Stunde 2 mal Zuckungen am ganzen Körper, kein Schlaf, P. R. T. normal. Sie blieb diesmal den ganzen Tag und die Nacht ruhig. Die Dosen wurden bis auf 2 mg erhöht, und nur einmal zeigte sie ängstliches Stöhnen. Bei dieser Kranken waren die Pupillen stets ad maximum dilatirt. Den 12. Oct., nachdem mehrere Injectionen à 2 mg ohne Zufälle geblieben waren, ward sie nach gleicher Dose ruhig, schlief nach 50 Min. ein und zeigte während 5 Min. heftige Zuckungen am Oberkörper und in den Armen. R. P. T. waren unverändert.

Die Krämpfe selbst waren klonische, nie tonische, von einigen Minuten bis ½ Stunde andauernd, in unsern Fällen meist nicht sehr starke und wo sie nicht im Schlafe auftraten, bei vollem Bewusstsein. Der Puls war dabei nur einmal unregelmässig, die Temperatur nie erhöht. Das Stöhnen ist wahrscheinlich als Krampfform aufzufassen, möglicherweise auch ein mehr automatisches Vagiren in der Luft mit Händen und Füssen, das in 2 Fällen (nicht in den angeführten) gesehen ward.

Das 2. unangenehme Symptom war die nicht selten beobachtete hochgradigere Mattigkeit, oder Schwindel, Taumlichkeit und Benommenheit, die in leichtester Weise, wie schon bemerkt, wohl nach jeder Injection auftraten. Ueber Schwindel oder Mattigkeit klagten die Kranken oft selbst, und Eine wollte sich nicht mehr einspritzen lassen, weil sie darnach so „dösig" werde. Die höchsten Grade von Pseudo-Betrunkenheit zeigten sich in folgenden Fällen:

1. M . . . . e, eine junge, kräftige, psychopathisch degenerirt minderwerthige Person (moral insanity), die zeitweis als frühere Zuchthäuslerin ihren „Zuchthausknall" bekam, erhielt, als sie wieder in furchtbarster Aufregung war und die Pallisaden der Zelle zu zertrümmern drohte, den 24. September Abends 6 Uhr 2 mg eingespritzt. Nach ¼ Stunde war sie ganz benommen und turkelte in völlig somnambulem Zustande in der Zelle umher, schwatzte, schimpfte, legte sich nach ½ Stunde nieder, bei offnen Augen, besinnungslos, schlief von 12—3 Uhr und erwachte früh bei völliger Amnesie für das Vorgefallene.

2. T . . . . t, jung und kräftig, sehr reizbar, war den 6. November nach angeblichem Aerger, in einen Raptus gerathen, zerriss die Kleider, wollte sich zum Fenster herausstürzen und musste zitternd am ganzen

Digitized by Google

Leibe in die Zelle gebracht werden. Sie erhielt Nachm. 2½ Uhr 2 mg, ward nach 10 Min. ruhig, schwindlig, wie betrunken und konnte sich nicht einmal auf dem Sessel erhalten, sondern fiel herab, gab aber Antworten. Nach 1 Stunde wich die Benommenheit ganz und die Kranke klagte nur über Ueblichkeit, trocknen Hals und Durst und erbrach sich einmal. Sie schlief nicht, auch nicht während der Nacht.

Grosse Mattigkeit und Blässe fielen mir bei mehreren Personen auf, die eine Reihe von Injectionen hintereinander erhalten hatten. Ein Zusammenhang der Blässe mit dem Duboisin scheint mir hier nahezuliegen.

Als weiteres Symptom erwähne ich das Erbrechen. Während Uebligkeit häufig war, ist Ersteres nur 4 mal notirt, wahrscheinlich erfolgte es aber öfter. Es zeigte sich meist bald nach der Einspritzung, selten später nnd gewöhnlich nur einmal.

Kopfschmerzen, allein oder mit Schwindel etc. combinirt, traten 7 mal auf und hielten oft lange an.

Dass der Appetit endlich am Injectionstage nicht selten stark mitgenommen erschien, ist schon früher erwähnt worden.

2) Interne Anwendung des Duboisins.

Früher ward schon mitgetheilt, dass zugleich mit den Einspritzungen und zwar als Abenddosen in einer Reihe von Fällen 54 mal das Mittel gegeben ward, meist $1^2/_3$ mg.

19 Personen erhielten dasselbe aber nur innerlich und zwar 119 mal. $^2/_3$ mg wurden 3 mal, 1 mg 25 mal und $1^2/_3$ mg 91 mal verabreicht, entweder nur früh oder früh und abends oder nur abends, selten auch nochmals zu Mittag. Eine Kranke erhielt 21 Dosen, eine Andre 19. Gebraucht wurde eine $1^0/_{00}$, später eine $2^0/_{00}$ Lösung und zwar in Bier, Kaffee, Suppe oder auf die Rückseite des Butterbrots aufgeträufelt, bei besonderem Misstrauen oder wo einmal das Getränk abgewiesen wurde.

Im Gegensatze zu *Preininger*, der nach Pulvern eine sedative Wirkung fast stets vermisst, gab es in fast allen unsern Fällen einen positiven Erfolg. Die Beruhigung war oftmals geradezu auffallend und unmittelbar erfolgend, während sie in andern Fällen erst spät eintrat oder nur eine minimale war. Wurde die Dosis abends gegeben, so erfolgte gewöhnlich Schlaf oder die Kranken waren doch ruhig, was von ihrem frühern Verhalten sehr abstach, und meist ward erst den nächsten Abend von neuem eine Dosis

Digitized by Google

benöthigt. In schlimmen Fällen musste früh und abends dieselbe gegeben werden.

Bei Morgengaben war nie Schlaf eingetreten, wohl aber mehrmals Schläfrigkeit beobachtet, so dass z. B. eine Kranke den Kopf auf den Tisch legte, aber ohne zu schlafen.

Die eingetretene Beruhigung trug wie die nach Injectionen den Stempel der künstlich herbeigeführten an sich; es war weniger echte Ruhe, als Depression des Nervensystems. Auch hier wurden Kopfschmerzen, Schwindel höhern Grades (7 mal) und Erbrechen (1 mal) und ziemlich selten Pupillenerweiterung beobachtet, nie aber Krämpfe, Durst oder „trockner" Hals, auch nicht Appetitmangel. Zwei Personen wollten das Bier nicht mehr nehmen, weil sie dadurch betrunken würden, einer dritten war es so schlecht geworden, dass sie sagte: „Ihr habt mir Gift gegeben". Im Ganzen sind aber hier viel weniger Nebensymptome aufgetreten als nach subcutanen Injectionen.

B. Duboisin als reines Hypnoticum.

Die nebenbei beobachtete Schlafwirkung legte es nahe, das Mittel auch bei sonst ruhigen, aber schlaflosen Kranken in Anwendung zu bringen. 5 Kranke erhielten abends 15 Dosen, meist zu $1^2/_3$ mg und zwar mit leidlichem Erfolge. Sie schliefen gewöhnlich später ein, manchmal erst nach Stunden und der Schlaf währte nur einige Stunden. Eine Hysterica fühlte sich danach matt und erbrach sich einmal und will angeblich (3 mal Dub. erhalten) nicht geschlafen haben, was aber wenig glaubwürdig ist. Eine Pflegerin endlich (Phthisica) erhielt 3 Gaben (2 mal $1^2/_3$ mg, 1 mal 1 mg) und schlief einige Stunden, aber auch erst spät.

Im Ganzen scheint demnach die hypnotische Wirkung des Duboisins intern bei nervöser Agrypnie von andern Mitteln weit übertroffen zu werden; bei subcutaner Anwendung erzielte dagegen *Ostermayer* vortreffliche Resultate.

Ueberschauen wir das Gesagte, so wird man auch bei grossem Skepticismus dem Duboisin eine mächtige sedative und hypnotische Wirkung bei unruhigen Geisteskranken nicht absprechen können.

Anders steht es mit der Frage nach der Angewöhnung. Während *Lewald, Gellhorn* und *Ostermayer* eine solche sahen, bekamen viele unserer Kranken hintereinander gleiche Dosen eingespritzt, stets mit positivem Erfolge, also ohne dass eine

Digitized by Google

Angewöhnung oder cumulative Wirkung sich gezeigt hätte. Ja einige Male traten gewisse unangenehme Zufälle, wie Erbrechen, Krämpfe etc. nach einiger Zeit auf, blieben aber bei höhern Dosen weg. Auch hat Dr. *Steinitz*-Hubertusburg Einigen wochenlang (einmal fast $^1/_4$ Jahr hindurch) täglich 1 mg eingespritzt und stets mit gleichem Effect. Hier spielt offenbar die Individualität eine mächtige Rolle und erklärt so die gegengesetzten Meinungen. Wenn wir im Allgemeinen bald die Dosen erhöhten, so geschah es nur, damit die Wirkung eine intensivere und nachhaltigere sein sollte, was auch öfters der Fall war.

Zur Zeit kaum zu beantworten ist endlich die Frage, ob Duboisin irgend einen Einfluss auf die Krankheit selbst ausübt. Die Beobachtungen sind dazu noch nicht zahlreich genug, vor Allem aber erstrecken sie sich noch nicht über genügend lange Zeit. Wohl sah ich wiederholt nach einer Reihe von Injectionen endliche Ruhe eintreten, aber nie war ich sicher, ob diese nicht auch ohne Duboisin erfolgt wäre. Mit Einwirkung aber gar auf die Psyche muss man in der Beurtheilung besonders vorsichtig sein, um sich keinen Täuschungen hinzugeben. Ich wage deshalb hierüber nichts zu äussern. Duboisin, wie Hyoscin scheinen im Allgemeinen nur rein symptomatisch (gegen Unruhe) und nur auf kurze Zeit zu wirken.

Das, was durch die bisherigen Veröffentlichungen und durch unsre Versuchsreihe — die grösste der bisher publicirten — gesichert erscheint, ist, dass das Duboisin eine mindestens ebenso grosse sedative und hypnotische Kraft besitzt, als das Hyoscin, dass es aber weit ungefährlicher ist. Freilich ist es aber nichts weniger als indifferent, daher weit entfernt ein Ideal darzustellen. Wenngleich es daher z. Z. als das empfehlenswertheste Sedativ zu bezeichnen ist, so muss darnach getrachtet werden, es recht bald durch ein unschädlicheres und gleichmässiger wirkendes Medicament zu ersetzen. Wir sahen nämlich eine ziemliche Reihe, wenn auch nicht gerade gefahrdrohender, so doch recht unangenehmer Intoxicationserscheinungen eintreten und Andre beobachteten gradezu gefährliche Zustände [1]).

[1]) *Gellhorn* sah einmal heftige tonische und klonische Krämpfe, $^1/_2$ Stunde lang mit folgenden leichten Zuckungen während vieler Stunden, ein ander Mal Trismus, dass man es durch die Doppelthüre hörte etc. Trotzdem findet er diese Symptome nicht gefahrdrohend!

Digitized by Google

Wir beleuchteten ferner an verschiedenen Beispielen die völlig unberechenbare Wirkung des Mittels, welche oft selbst bei einer und derselben Person verschieden war, um zur Vorsicht zu mahnen. Idiosynkrasien scheinen hier fast ebenso häufig zu sein, wie bei Hyoscin. Bei Vergleichung der Resultate darf man ferner die Ergebnisse aus öffentlichen Anstalten nicht ohne Weiteres mit denen aus Privatanstalten parallelisiren, da das Material gewöhnlich ein verschiedenes ist und höchstwahrscheinlich die höhern Stände, die doch fast ausschliesslich in Privatanstalten sich finden, durch häufigere Idiosynkrasien sich auszeichnen.

In besondern Fällen muss man, wie wir gesehen haben, von der subcutanen Anwendung absehen. Hier kann die interne Verabreichung (in Lösung) die externe mit Vortheil ganz oder theilweis ersetzen, wenngleich der Effect im Allgemeinen kein so eclatanter ist. Man muss aber doppelt so grosse Dosen anwenden.

Als reines Hypnoticum endlich bewährt es sich in Form der Lösung wenig, wie wir schon anführten.

Soll ich zum Schlusse eine Regel für die Anwendung des Duboisins als Sedativ bei chronisch geisteskranken Frauen angeben, so rathe ich mit $^1/_2$ mg bei Frauen zu beginnen — vielleicht nicht bei nüchternem Magen — und allmälig um ein viertel Milligramm zu steigen, bis die wirksame Dose gefunden ist. Ueber 2 mg gehe man im Allgemeinen aber nicht; als Durchschnittsgabe wird hier 1 mg meist schon genügen. Hält die Ruhe nur einige Stunden an, so gebe man eine 2. Injection oder eine innerliche Dosis (nicht unter $1^3/_4$ mg!). Für manche Fälle wird die interne Anwendung allein Platz greifen müssen und sicher zufrieden stellende Resultate geben. Durch einmaliges Auftreten unangenehmer Symptome lasse man sich nicht abschrecken, sondern gebe das Mittel ruhig weiter; nur bei Wiederholung oder gar Verschlimmerung derselben setze man es aus. Ob es endlich nöthig sein wird täglich oder in Zwischenräumen das Duboisin zu geben, hängt von der Art und der Intensität der Wirkung ab.

Bis zum 28. April 1892 wurden weitere 883 Injectionen und 1833 innere Gaben Duboisin gegeben, so dass bis heute im Ganzen und zwar im Verlaufe von 7 Monaten — 1116 mal das

Digitized by Google

Mittel subcutan und 1952 mal innerlich verabreicht wurde, eine Zahl, die sicher bis jetzt wohl einzig dasteht!

Die lange Beobachtungszeit und die grosse Zahl der Dosen lassen jetzt sicher den Satz aussprechen, dass der Krankheitsverlauf absolut nicht irgend wie durch die Medication tangirt wurde, und dass Angewöhnung bei subcutaner Anwendung kaum, eher dagegen bei innerlicher, vorkam.

Die 2. Versuchsreihe hat sonst das früher Gesagte im Allgemeinen nur bestätigen können. Die Dosen waren diesmal durchschnittlich geringere, meist 1 mg, das Maximum betrug subcutan 2 mg (38 mal) und innerlich $3^1/_2$ mg. Daher traten auch weniger Nebenerscheinungen auf. So wurden z. B. leichte Zuckungen an Arm und Beinen, von wenigen Minuten Dauer, 3 mal bei $^1/_2$ mg und 9 mal bei 1 mg (subc.) beobachtet, Taumel 5 mal bei $^1/_2$ mg, 18 mal bei 1 mg und 3 mal bei 2 mg. Als neues Symptom zeigte sich einmal kurz nach Injection von 1 mg eine mässige Anschwellung der linken Backe, welche ca. 2 Tage angehalten haben soll und höchst wahrscheinlich auf die Injectionen selbst zu beziehen ist. Brennen nach der Einspritzung zeigte sich diesmal gar nicht, auch ward der Appetit seltener afficirt.

Das Material war mehr weniger das alte: 3 Personen erhielten 30—40 Injectionen, 3:41 — 50 und 3 mehr als 50 (nämlich 51, 93, 108!), ohne dass Angewöhnung eintrat, wohl aber schien es, als ob Nebenerscheinungen seltener wurden. Mit der inneren Darreichung konnte man sehr zufrieden sein. Wo es fast nur als Hypnoticum gegeben wurde (496 mal, in der Zahl 1833 mit eingerechnet) zeigten sich die Resultate sogar wesentlich besser, als das erste Mal, doch trat hier deutliche Angewöhnung ein.

Da Duboisin meist nur kurze Zeit wirkt, so ist sein Nutzen für chronische, mehr weniger gleichmässige Erregungszustände, von problematischem Werthe, dagegen ist es bei Exacerbationen oder acuten Erregungen nutzbringend. Wir müssten aber bei jenen ein Mittel in Händen haben, das nicht nur kurze Zeit wirkt, sondern auf lange hinaus oder gar dauernd, und das wird wohl stets ein Pium desiderium bleiben!

Digitized by Google

Ein Fall von inducirter Melancholie.

Von

Dr. **K. O. Dees,**
I. Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt zu Gabersee.

Weniger um die ohnehin schon sehr umfangreiche Casuistik des inducirten Irreseins zu erweitern, erlaube ich mir folgenden Krankheitsfall zu veröffentlichen, vielmehr weil mir derselbe bei einer Durchsichtigkeit der ätiologischen Verhältnisse, wie man es selten findet, für die Pathogenese der Melancholie überhaupt einigermaassen instructiv erscheint.

A. K., 59 Jahre alt, Gütlersfrau, in die Anstalt aufgenommen am 19. Juni 1891. Pat. ist unehelich geboren, im übrigen (auch in der väterlichen Ascendenz) hereditär nicht belastet. In ihren jüngeren Jahren diente sie auf dem Lande als Magd; 1863 verheirathete sie sich — drei Töchter leben. — K. war „körperlich" immer gesund, bis sie im Herbst v. J. geistig erkrankte und zwar nachdem der Ehemann, mit dem sie früher in einträchtigster Weise gelebt hatte, einige Monate vorher „schwermüthig" geworden war. Durch Vorwürfe und Beschuldigungen seitens des Mannes wurde Pat. gereizt, in der Folge verstimmt, furchtsam und ängstlich. Ende September war eine schwere Melancholie bei ihr ausgebildet. Sie konnte nicht mehr recht arbeiten, machte sich Sorgen um die Zukunft, meinte, es werde ihr schlecht gehen, sie werde verhungern müssen, da man all ihr Hab und Gut nehme, genoss wenig, schlief schlecht, jammerte und klagte beständig, lief zwecklos herum, misshandelte sich öfter selbst, indem sie mit den Fäusten, Holzstücken, einem Hammer Kopf, Gesicht und Brust zerschlug. Im October sprang sie, offenbar in selbstmörderischer Absicht, in einen Weiher, aus dem sie aber selbst wieder herauskam. Die agitirte Angst erhielt sich auf gleicher Höhe auch im heurigen Jahre. Da Pat. nirgends Ruhe hatte, nirgends bleiben mochte, sah man sich endlich veranlasst, sie der Anstalt zu übergeben.

Digitized by Google

Stat. praes. beim Eintritt. Pat., eine grosse, kräftig gebaute, aber schlecht genährte, anämische Frau ohne hervortretende Unregelmässigkeiten in der Körperbildung befindet sich in tiefer gemüthlicher Verstimmung. Die Miene hat den Ausdruck grossen Schmerzes, der Blick ist trüb, Haltung und Bewegungen matt und müde, Athmung kurz und beschleunigt, Puls gross, schnell und unregelmässig. Fragen, die an sie gestellt werden, mag Pat. nicht beantworten; sie habe nur einen Wunsch, man solle ihr ein dunkles Stübchen geben und sie ungestört, am liebsten verhungern lassen.

25. Juni. Pat. befindet sich anhaltend in grosser Angst, schläft fast nicht, geniesst nur sehr Weniges, stöhnt und jammert viel, klagt (selbst bei der grossen Hitze) über Frost, über heftiges Herzklopfen, Ohrensausen, Schmerzen in der linken Schläfe; behauptet, die Leute machen ihr drohende Gesichter, man werde sie umbringen u. dergl.

24. Juli. Die Verstimmung hielt bis heute unverändert an: Aengstliche Unruhe, beständiges Jammern und Aechzen. In gleicher Weise besteht auch das Frostgefühl und die Schlaflosigkeit fort; theils aus Appetitmangel, theils im Wahn, nichts zu besitzen, keine Speisen bezahlen zu können, isst Pat. sehr wenig. Die Schmerzen in der Schläfe, das Ohrensausen, das Herzklopfen sind noch unerträglicher geworden. Hallucinationen sind nicht zu eruiren, die vorhandenen Wahnideen wohl zumeist auf die Verstimmung zurückzuführen: Pat. meint, sie werde, so erwünscht es ihr auch wäre, nie sterben können, man müsse sie todtschlagen, wenn man ihr los sein wolle, das entsetzliche Herzklopfen werde nie nachlassen, sie müsse ruhelos leben bis zum jüngsten Tage. — Zu dem Sausen haben sich im linken Ohr in den letzten Tagen, begleitet von Nasenbluten und Erbrechen, dumpfe, drückende Schmerzen gesellt, welche Veranlassung gaben mit dem Ohrenspiegel zu untersuchen: es ergab sich im linken äussern Gehörgang ein gelblicher, harter Ceruminalpfropf, der den Canal vollständig verschloss. Wahrscheinlich war beim letzten Bad warmes Wasser dort eingedrungen und hatte den Pfropf etwas zur Quellung gebracht — anders sind die acut im linken Ohr entstandenen Schmerzen kaum zu erklären. Der Pfropf wurde in den folgenden Tagen nach und nach erweicht und durch lauwarme Spülungen entfernt.

Der Erfolg war ein eclatanter. Die Schmerzen im Ohr steigerten sich zunächst zwar noch, bald aber liessen sie nach; das Ohrensausen verlor sich, ebenso die Schmerzen in der linken Schläfe; das Herzklopfen hörte bald gänzlich auf; mit dem Eintritt besserer Stimmung und der Beruhigung verschwand der Ahasverwahn; Schlaf, Appetit und Arbeitslust stellten sich ein, so dass mit den ersten Tagen des August die Melancholie eigentlich geheilt war. Der Ernährungszustand, im August noch schlecht, besserte sich im September beträchtlich, und Pat. konnte am 30. September genesen entlassen werden. Zur Zeit des Austrittes zeigte sich am afficirt gewesenen Ohr keine Unregelmässigkeit.

Digitized by Google

Es ist nicht anzunehmen, dass die Melancholie zufällig gerade da von selbst heilte, wo der Ceruminalpfropf aus dem Ohr entfernt wurde; ein Causalnexus ist unverkennbar und wird auch von der Pat. mit Bestimmtheit anerkannt. Sie äusserte wiederholt, dass die Schmerzen in der linken Schläfe, das Ohrensausen, das Herzklopfen, die Angst auf die Behandlung des Ohrenleidens hin ein Ende genommen hätten.

Die Beziehungen der Ohren- zu den Geisteskrankheiten sind von *Köppe*[1]) u. A. bereits eingehend gewürdigt. *K.* hat vornehmlich den Einfluss der Ohrenkrankheiten auf (zu Geisteskrankheiten) „disponirte Gehirne" untersucht. Unter andern schildert er einen Fall, der mit dem angeführten Aehnlichkeit hat.

Ein Handwerker, hereditär und in Folge von Kopftraumen zu psychischen Störungen disponirt, litt, seit er vor Monaten schwer auf den Kopf gestürzt war, an Ohrensausen und schlechtem Schlaf, wurde reizbar, ärgerte sich viel über Frau und Kinder, mit denen er bis dahin glücklich gelebt, gerieth in grosse Angst und Unruhe, so dass er „mitunter" den Willen äusserte sich selbst zu tödten. *K.* fand bei dem Kranken in den äusseren Gehörgängen feste dunkle Pfröpfe, deren Berührung lebhafte Schmerzen hervorrief. Die Pfröpfe wurden entfernt, und damit waren die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen verschwunden. Die psychische Unruhe war fast momentan weg, ebenso das Brausen. Der Schlaf trat sofort ein. Auch dieser Kranke behauptete wiederholt „den Zusammenhang seiner psychischen Störung mit dem kranken Ohr".

v. Tröltsch[2]) berichtet über eine Melancholische, bei welcher die fortwährenden (als Kindergeschrei auftretenden) Gehörstäuschungen nach Entfernung eines das Ohr verstopfenden und einseitige Taubheit bedingenden Pfropfes von Ohrenschmalz sich rasch verloren, so dass die Kranke von da an rasche Fortschritte zur völligen Genesung machte. — (Angaben über „Disposition" fehlen.)

Ein sicherer Fall, wo durch einen Ceruminalpfropf bei indisponirtem Gehirn Geisteskrankheit hervorgerufen wurde, ist mir nicht bekannt. A priori erscheint es mir überhaupt zweifelhaft, dass ein solcher bei einem indisponirten Individuum direct Ursache zu einer „Melancholie" (s. str.) werden könne. Gegebenen Falles ist derselbe entweder als veranlassende Ursache bei bestehender

[1]) *Köppe*, Gehörsstörungen und Psychosen, diese Zeitschrift Bd. 24 und Reflexpsychosen nach Ohrenkrankheiten, Archiv für Ohrenheilkunde Bd. IX.

[2]) v. *Tröltsch*, Lehrbuch der Ohrenheilkunde, 6. Aufl. S. 566.

Digitized by Google

Disposition aufzufassen, oder er setzt die Disposition, erleichtert das Zustandekommen einer Psychose — durch die Wirkungen, die er auf das Gehirn indirect ausübt.

Letzteres scheint in unserem Fall stattzuhaben. Die Pat. befand sich in günstigen Lebensverhältnissen, war bis Sommer v. J. körperlich immer gesund, ist — abgesehen von ihrer ausserehelichen Geburt, die ätiologisch hier nicht in Betracht kommt — hereditär nicht belastet, hat keine Degenerationszeichen, erweist sich nach der Genesung als eine ruhige, verständige Frau — kurz es geht ihr, abgesehen von dem Ohrenleiden, und für den Fall, dass die Disposition nicht erst durch die Krankheit des Mannes entstand, — was später verneint wird — jegliche individuelle Anlage zu psychischer Erkrankung ab.

Wie ist aber die Melancholie dennoch entstanden? Es findet sich keine plausiblere Erklärung als durch Ansteckung durch den Ehemann auf Grund einer neuralgisch bedingten Disposition.

Die Aussagen der Tochter und der beiden Patienten selbst lassen keinen Zweifel, dass der Mann zuerst erkrankte und in der Ansteckung die active Rolle spielte. Zur besseren Beleuchtung des Verhältnisses mögen die wichtigsten hier einschlägigen Daten aus seiner Krankheitsgeschichte Platz finden.

J. K., 54 Jahre alt, in Bezug auf Geisteskrankheiten erblich sehr schwer belastet. Von Jugend auf verschroben, einseitig intelligent aber gutmüthig, auf den eigenen Vortheil bedacht und dabei religiös überspannt. Schon im 22. Lebensjahre will er einmal „von himmlischem Lichte umflossen" gewesen sein. Im Frühling des vergangenen Jahres begann er zu grübeln und Argwohn gegen Frau und Tochter zu äussern. Unter Congestionen gegen den Kopf stellte sich Aengstlichkeit und unruhiger Schlaf ein. Den Sommer über arbeitete er wenig, jammerte und weinte dagegen viel, äusserte, von dem behandelnden Arzte auf Anstiften seiner Frau vergiftet worden zu sein, und ähnliche trübe Gedanken, machte der Frau fortwährend Vorwürfe und „brachte sie durch dieselben, durch seine Unruhe und beständiges Jammern (nach Angabe der Tochter) ganz auseinander". Durch die Erkrankung der Frau verlor K. allen Halt; nach langem Zögern musste er am 2. December der Anstalt zugeführt werden. — Zur Zeit der Aufnahme zeigte er sich tief verstimmt, jammerte unendlich besonders aus Furcht ertränkt werden zu sollen. Von seiner Frau behauptete er bald, sie sei vom Himmel begnadet, bald erhob er Anklagen und Beschuldigungen über sie, indem er sie auf Grund von Gehörshallucinationen und Gefühlsanomalien der Untreue und des Giftes bezichtigte.

Digitized by Google

Der Einfluss des I. auf A. K. tritt aus den beiden Krankheitsgeschichten deutlich hervor.

Es ist aber, ehe ein definitiver Schluss erlaubt ist, noch eines zu bedenken: In der Literatur sind Fälle beschrieben, wo Irresein inducirt wurde bei Personen, welche früher keine Disposition zu geistiger Erkrankung hatten erkennen lassen, welche sie also erwarben während und durch die Krankheit des activen Theiles, in Folge von Nahrungssorgen, durch aufreibende Pflege etc. Kommt nun bei unserer Pat. etwas Derartiges in Betracht? Das ganze Wesen und Verhalten derselben wie die Aussagen der Tochter verneinen die Frage; wir können also bei der ersten Aufstellung stehen bleiben.

Dass einem rüstigen, gesunden Gehirn Melancholie oder sonst eine Form psychischer Störung „inducirt" werden könne, ist undenkbar. Psychosen sind nur auf Grund pathologischer Hirnzustände möglich resp. inducirbar.

Die sensiblen Nerven des äusseren Gehörganges entstammen zum Theil dem Ramus auricularis nervi vagi, zum Theil dem Nervus trigeminus. Die intimen Beziehungen des Vagus zum Herzen sind bekannt, wie auch diejenigen des Trigeminus zu den Vasomotoren des Gehirns und seiner Gefässhüllen. Die in unserm Falle vorhandenen nervösen Erscheinungen (Herzklopfen, Erbrechen; Ohrensausen, Nasenbluten, Schmerzen in der linken Schläfe) theilweise auch die Alteration des Sensoriums (feindliche Apperception der Personen in der Umgebung) lassen demnach eine einfache Erklärung ihrer Entstehung zu. Durch den Druck des Ceruminalpfropfs auf die empfindlichen Nerven des Gehörganges wurde ein Hirn- resp. Vaguszustand — Hirn-Anämie durch reflectorischen Gefässkrampf — Vagusreizung — geschaffen, in dem die Disposition zu psychischer Erkrankung gegeben war. Aber trotz nunmehr vorhandener Disposition hätte es nicht zu einer Psychose kommen müssen — es bestand nicht mehr als eine Neuralgie, die unter anderen Umständen wohl zur unmittelbaren Beseitigung ihrer Ursache, zur Aufsuchung ärztlicher Hilfe Anlass gegeben hätte. Es ist jedoch evident, dass ein derartiger nervöser Zustand dem Auftreten von Vorstellungsreihen schmerzlichen und ängstlichen Inhalts, — und nur solchen, ausserordentlich günstig ist. Es bedarf blos eines gelegentlichen Anstosses und eine gewisse

Digitized by Google

Anzahl entsprechender Wahnideen setzen sich unter steter Steigerung der Angst und Unruhe fest. Dieser Anstoss wird in unserm Falle zufällig durch eine nahestehende Person mit überwältigender Kraft gegeben; da der Ehemann fortwährend der Ansteckung günstige Ideen äussert, war dieselbe unausbleiblich.

Die Melancholie unserer Patientin ist demnach auf rein äusserliche Ursachen zurückzuführen, sie hat geradezu den Werth eines Experiments. Nach Entfernung der Causa proxima musste naturnothwendig das in allen Zügen vollendete Krankheitsbild sofort wieder verblassen.

Digitized

Ein Fall von Geisteskrankheit im Kindesalter.

Von

Dr. **F. Gerlach,**

II. Arzt an der Herzogl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.

Krankengeschichte. Am 27. Mai 1889 wurde die 10 Jahre alte Wilhelmine — in die Landesirrenanstalt zu Königslutter aufgenommen. —

Die Mutter der Pat. überstand in ihrem neunten Lebensjahre eine acute Psychose, welche sich in „Krämpfen mit Einschlagen des Daumens", in hochgradiger Reizbarkeit und Gewaltthätigkeiten gegen die gesammte Umgebung äusserte. Nach Verlauf eines guten halben Jahres sollen diese Symptome sämmtlich verschwunden sein (Behandlung in der Familie). Im Alter von 22 Jahren hat sie sich verheirathet (nicht in der Blutsverwandtschaft). „Sie leide aber noch heute an Krämpfen. Sobald sie sich etwas ärgere, balle sie die Faust, werde starr, falle um, Schaum trete vor ihren Mund. Sie bekomme diese nur kurze Zeit dauernden Anfälle nur durch Aerger und Aufregung." — „Eine Schwestertochter von der Mutter der Pat. ist gesund geboren, nach vollendetem 2. Lebensjahre erkrankt, in die Anstalt Brake gebracht und dort nach 7jähriger Behandlung (angeblich 1889) verstorben." — Der Vater der Pat. und seine Ascendenz sind körperlich und geistig gesund. Ueber die Eltern und Geschwister der Mutter war nichts zu erfahren. —

Soweit die Angaben des Vaters der Pat. Die jetzt folgenden Mittheilungen über die Geschwister und die Entwicklung der Kranken und über die Erkrankung bis zur Aufnahme in die Anstalt sind dem Gutachten des Hausarztes entlehnt.

Pat., das älteste Kind der Familie, hatte vier Schwestern und einen Bruder. Von denselben sind zwei Schwestern in frühem Kindesalter an „Krämpfen" gestorben. Eine der noch lebenden Schwestern leidet an epileptischen Krämpfen. Die übrigen Geschwister sind geistig gesund, körperlich schwach.

Die Kranke entwickelte sich körperlich und geistig normal, „soll auch gut beanlagt gewesen sein". Von schweren Krankheiten blieb sie bis zum

Digitized by Google

October 1888 verschont. Nachdem sie bereits einige Zeit vorher über Magenbeschwerden geklagt hatte, erkrankte sie an Scarlatina (ob mit oder ohne Diphtheritis ist nicht bekannt). Die Erkrankung soll nicht schwer gewesen sein, doch wollte sich eine zurückgebliebene Mattigkeit und Appetitlosigkeit nicht verlieren. Im Januar 1889 constatirte dann der hinzugezogene Arzt Nephritis. Diese Affection besserte sich bei der eingeleiteten Behandlung auffallend rasch, und die kleine Pat. schien bereits völlig genesen, als am 10. März 1889 ohne Vorboten Krämpfe auftraten: Die Kranke zeigte 12 Stunden hindurch klonische Zuckungen der gesammten Muskulatur bei aufgehobenem Bewusstsein. Dann trat eine Ruhepause von 48 Stunden ein, während welcher Pat. mit geringen Unterbrechungen schlief. Wenn sie erwachte, nahm sie Nahrung zu sich, sprach auch noch. Als sie aber nach Ablauf der 48 Stunden erwachte, war die Sprache fort; Pat. deutete ihre Wünsche nur durch Geberden an. Am 15. März trat nochmals ein krampfartiger Zustand ein: Bewusstlosigkeit und Contractur sämmtlicher Glieder. Im Laufe der folgenden Tage verschwand langsam die Starre aus den Gelenken, dagegen kehrte die Sprache nicht wieder. Lähmungen irgend welcher Art wurden nicht beobachtet, wohl aber zeigte sich eine tiefe psychische Veränderung: Die früher verträgliche Kranke war gegen ihre gesammte Umgebung gereizt, schlug und kratzte, wen sie erreichen konnte. Besonders lebhaft trat die Gereiztheit gegen die jüngste Schwester hervor. Ferner suchte sie zu zerstören, was sie erfassen konnte. Für Zuspruch war sie unzugänglich. Nahrungsbedürfniss äusserte sie nicht. Ihre Excrete liess sie dauernd unter sich. Sie ging nicht mehr aufrecht, sondern kroch auf Händen und Füssen umher. Die Kranke soll viel, aber unverständlich vor sich hingesprochen haben und „völlig von Bewusstsein gewesen sein“. Schmerzpunkte am Kopf oder an der Wirbelsäule wurden von dem Hausarzt vermisst. — In diesem Zustande verharrte sie angeblich vom 15. März — 27. Mai, dem Tag der Aufnahme. —

Während der ersten zwei Wochen ihres Aufenthalts in der Anstalt trat keine wesentliche Aenderung ein. Der innerhalb dieser Zeit erhobene Status praesens enthält Folgendes:

Pat. sitzt fast den ganzen Tag aufrecht im Bett und macht fortwährend wiegende Bewegungen mit dem Oberkörper, meist von hinten nach vorn, zuweilen von rechts nach links. Nur selten liegt sie ruhig im Bett. Die Beine sind in den Kniegelenken mässig flectirt. Keine Contracturen. — Während der genannten Bewegungen murmelt die Kranke ohne Unterbrechung folgende, nicht erklärbare Worte vor sich hin: use kinkang, use bählpach, use hoffedipuff, zuweilen noch use domina. Die Sprache ist zu Zeiten leise und monoton, dann wieder deutlich, lebhaft und rasch. In letzterem Falle reagirt Pat. entschieden auf Hallucinationen. Ueber den Inhalt derselben hat sich freilich garnichts ermitteln lassen. Der Form nach scheinen sie, soweit aus dem Verhalten der Kranken geschlossen werden kann, in Gesichts- und Gehörstäuschungen zu bestehen. Der Blick der Kranken, der

vielfach ins Leere starrt, wird zuweilen lebhaft und richtet sich auf einen bestimmten Punkt der Zimmerdecke, ihres eigenen oder eines benachbarten Bettes. Auf Grund wiederholter Beobachtung muss angenommen werden, dass die Augen der Pat. dort durch Gesichtseindrücke gefesselt wurden. Ferner wendete sich die Kranke mehrfach plötzlich um und sprach die oben angeführten Worte lebhaft nach einer Richtung hin, aus welcher sie entschieden glaubte, unmittelbar vorher Gehörseindrücke empfangen zu haben. Nicht selten begleitete sie dann ihre Worte noch durch drohende Bewegungen mit der Faust. — Für Hallucinationen anderer Sinne liegt bisher kein Anhaltspunkt vor. — Die Stimmung, welche bei der eben beschriebenen Handlungsweise hervortrat, war meistentheils eine leicht gereizte. Nur ganz ausnahmsweise wurde eine weinerliche beobachtet. — Das Bewusstsein scheint sehr tief gestört zu sein. Es gelang weder durch die verschiedensten äusseren Reize, noch durch fortgesetzte Beobachtung einen sicheren Beweis für bewusstes Denken oder Handeln zu erhalten. — Bei Eintritt der Dunkelheit legt sich Pat. von selbst nieder und schläft dann fast ohne jede Unterbrechung und völlig ausreichend. — Zur selbständigen Nahrungsaufnahme war sie nicht zu bewegen. Den Löffel sowohl, wie das Weissbrod liess sie sofort wieder aus der Hand fallen. Dagegen genoss sie gereichte Nahrung in genügender Menge: Sie schluckte, sobald ihr Milch oder Suppe in den Mund gegossen, ein Bissen zwischen die Zähne geschoben wurde. Letzteren kaute sie vor dem Schlucken in gehöriger Weise. Hunger oder Sättigungsgefühl schien nicht vorhanden zu sein. — Auch die Mastdarm- und Blasenentleerung erfolgte in rein automatischer Weise. Die Kranke wurde täglich 5—6 mal auf das Nachtgeschirr gesetzt und verrichtete dann sehr bald ihre Bedürfnisse. Die in der Zwischenzeit etwa erfolgenden Dejectionen liess sie unter sich. Ein Unbehagen in Folge des verunreinigten Lagers empfand Pat. nicht.

Die körperliche Untersuchung ergab: Pat. ist gracil gebaut, mässig gut genährt, für ihr Alter von normaler Grösse. Körpergewicht 22½ kg. Die Stirn ist niedrig. Der Hirnschädel von nur geringer Wölbung. Längsdurchmesser 18 cm, grösster Querdurchmesser 15¼ cm, Schrägdurchmesser links 14¼, rechts 15¼ cm, Umfang 53½ cm. Besondere Bildungsfehler finden sich bei der Besichtigung des Körpers nicht. — Die Pupillen sind sehr weit, reagiren aber exact auf Lichteinfall. Beide, besonders aber die rechte, liegen excentrisch: Der innere obere Irisrand ist erheblich schmaler als der untere äussere. — Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt ein völlig normales Resultat (das Herz erwies sich durchaus intact, ein Befund, den auch der Hausarzt der Pat. notirt hatte). Der Urin war eiweissfrei.

Reflexe: Der Patellarreflex ist beiderseits in gleicher, aber mässiger Stärke vorhanden, Sohlenreflex nur angedeutet. Kein Fussclonus. Tricepsreflex fehlt. Bauchreflex lebhaft. Conjunctivalreflex normal. Kauen, Schlucken, Athmen, Mastdarm- und Blasenfunction zeigen keine Störung.

Digitized by Google

Motilität: Bei passiven Bewegungen der Extremitäten zeigt sich nirgends ein abnormer Widerstand oder kataleptische Starre. Bei den drohenden Handbewegungen wird wiederholt beobachtet, dass in beiden Armen keine Paresen bestehen. Die elektrische Untersuchung ergiebt nirgends Entartungsreaction. Zur weiteren Prüfung der Motilität wird die Kranke aus dem Bett gehoben und auf die Füsse gestellt. Sie steht sicher, mit leicht flectirten Knieen und gespreizten Beinen. Sie geht mit weit gespreizten Beinen, unbeholfen, schwankt auch etwas von einer Seite zur andern, zeigt aber keine Neigung zu fallen. Keine schleudernde Bewegung der Beine. Verbinden der Augen vermindert die Sicherheit der Körperhaltung nicht, veranlasst nur ein lebhafteres Sprechen. — Nach einigen Schritten beginnt die Kranke auf dem Fleck um ihre eigene Längsachse rotirende, rechtsum gerichtete Bewegungen, deren Schnelligkeit sich mehr und mehr steigert, bis Pat. ins Schwanken geräth. Sie wird darauf bei der Hand gefasst und folgt jetzt willig der Leitung. Die Neigung zu rotirenden Bewegungen tritt nicht mehr hervor. Der Händedruck der Kranken ist schwach. Ueberhaupt scheint die grobe motorische Kraft vermindert zu sein. — An das Bett zurückgeführt, irrt Pat. planlos und flüsternd vor demselben umher. Sie findet ohne Hülfe nicht wieder in dasselbe hinein. — Während dieser ganzen Untersuchung hallucinirt Pat. entschieden lebhafter als bei ruhiger Bettlage, doch hört man von ihr nur die oben angeführten Worte. — Endlich hat Pat. bei den wiederholten Untersuchungen niemals versucht, das Tuch, mit dem ihre Augen verbunden waren, gewaltsam zu entfernen.

Sensibilität: Auf Nadelstiche reagirt Pat. nur an beiden Fusssohlen. Bei tiefen Stichen zieht sie den betreffenden Fuss etwas fort, oder bewegt lebhaft die Zehen desselben. Am übrigen Körper lässt sich nirgends durch Nadelstiche eine Reaction hervorrufen. — Streichen mit dem Haarpinsel ergiebt ein völlig negatives Resultat. — Ebenso bleibt die Anwendung des elektrischen Pinsels (inducirter Strom) trotz beträchtlicher Stromstärke ohne die geringste Wirkung. Selbst bei Application an den Fingerspitzen, in der Achselhöhle, an der Innenseite der Oberschenkel und an den Fusssohlen wird kein Zeichen von Schmerzempfindung bemerkt. — Pat. hallucinirt während dieser Versuche zwar lebhafter als sonst, aber wohl nur, weil sie in der gewohnten Ruhe gestört ist. Jedenfalls beantwortet sie den einzelnen kräftigen Nadelstich, die einzelnen Applicationen des elektrischen Pinsels, die einzelnen Pinselstriche nicht durch lebhafteres Halluciniren.

Gesicht: Das Sehvermögen ist nicht erloschen. Bei den Bewegungen im Krankenzimmer vermeidet Pat. jede Collision mit den Bettstellen. Sie griff eines Tages während der Untersuchungen mit sicherer und bestimmter Handbewegung nach einer Blume, erfasste, augenscheinlich mit Absicht, einen Stuhl an der Lehne und hob ihn empor. Als eines Tages durch Emporziehen des Rouleaux plötzlich Sonnenschein auf das nebenstehende

Digitized by Google

Bett geworfen wurde, wandte sich Pat. sofort gegen die helle Stelle und antwortete auf den Reiz durch lebhaftes Sprechen ihrer stereotypen Worte nach dieser Richtung hin. — Dagegen kann man einen Bleistift langsam oder schnell bis dicht an das Auge hinführen, ohne dass Pat. nur im Geringsten mit den Augenlidern zuckt. Ebenso wenig reagirt sie auf geschriebene Worte.

Gehör: Reagirt auf einen kurzen scharfen Pfiff (dessen Luftstrom die Kranke nicht berührt!) stets durch Zucken mit den Augenlidern. Zuweilen erfolgt dieselbe Reaction, wenn dicht vor den Ohren der Pat. mit den Fingern geschnippt wird.

Geschmack: Es macht anscheinend keinen Eindruck auf die Kranke, ob die gereichten Stückchen Weissbrod mit Tinct. Chin. simpl. getränkt sind oder nicht. Sie isst ohne Zögern und ohne das Gesicht zu verziehen.

Geruch: Pat. wird durch das Einathmen von Ammoniak anscheinend nicht im Geringsten belästigt.

Die im Rectum genommenen Temperaturen hielten sich innerhalb normaler Grenzen.

Während der folgenden Wochen trat die lebhafte Reaction auf die Hallucinationen mehr und mehr zurück. Die oben angeführten Worte wurden immer seltener gehört, nur ausnahmsweise noch drohte Pat. einmal mit der Faust. Die Bewusstseinsstörung blieb unverändert, aber auch der Ernährungszustand litt nicht. Körpergewicht im Juni 22 kg. Daneben wurde seit Anfang Juli eine zunehmende Unsicherheit der Beine constatirt: Pat. knickte beim Stehen häufig in den Knieen ein, fiel aber nicht. Vom 17.—21. Juli überstand sie eine Angina (ohne Belag). Höchste Temp. (Rectum) 40°. Das Schlucken war während dieser Zeit sichtlich erschwert. Pat. verzog hierbei das Gesicht schmerzlich, ebenso bei äusserem Druck auf die Tonsillargegend. Am Morgen des 21. Juli ausgesprochener Collaps: Wachsfarbenes Gesicht, welches mit kaltem Schweiss bedeckt ist. Kleiner, fadenförmiger, kaum zählbarer Puls. Portwein. Pat. erholte sich wieder, doch betrug der Puls bei normaler Temperatur (Rect.) am 22. Juli noch 140, am 23. Juli 120 Schläge in der Minute. Am 22. Juli war die Halsaffection verschwunden.

Eine am 23. Juli vorgenommene Untersuchung ergab: Die Kranke stand mit gespreizten Beinen. Die Haltung war schlaff und unsicher. Pat. knickte mit dem linken Knie ein (ohne zu fallen), begann dann sofort die rotirenden rechtsum gerichteten Bewegungen. Plötzlich flog der Kopf mit einem Ruck nach hinten, Pat. fuhr, augenscheinlich der Balance wegen, mit beiden Armen nach vorn, wäre aber nach hinten gestürzt, wenn man sie nicht aufgefangen hätte. Wieder in das Bett gelegt, bot die Kranke das Bild völliger Erschöpfung dar. — Die Prüfung der Reflexe ergab jetzt: Beiderseits erheblich verstärkter Patellarreflex, besonders links; hier nach jedem Schlag mehrere Zuckungen. Fussclonus beiderseits, besonders links. Kein Sohlenreflex. Beiderseits Bauchreflex, besonders stark rechts. Tibia-,

Digitized by Google

Triceps- und Ulnarreflex fehlen. Dagegen deutlicher Reflex vom Proc. styloid. radii aus. Keine Innervations-Differenz in dem ausdruckslosen Gesicht. — Beim Klopfen auf die linke Patellarsehne, beim Druck auf dies Knie, beim Stehen scheint Pat. Schmerz zu empfinden (geringes Stirnrunzeln). Ferner zuckte Pat. deutlich bei Nadelstichen in die Fusssohlen. Rechts schien diese Reaction prompter einzutreten als links. — Pupillen wie bei der Aufnahme. — Der an demselben Tage erhobene Befund mit dem Augenspiegel ergab beiderseits einen völlig normalen Augenhintergrund. — Der Urin enthielt kein Eiweiss.

Während der folgenden Tage nahmen die motorischen Erscheinungen rasch zu. Am 25. Juli konnte sich Pat. nicht mehr ohne Unterstützung sitzend aufrecht halten. Sie sank zusammen, der Rumpf schwankte hin und her, schliesslich wurde der Kopf nach hinten hin geschleudert.

Es handelte sich neben erheblicher Muskelschwäche um eine ausgesprochene Coordinationsstörung in der Rumpf- und Halsmuskulatur. Puls 108, Respiration 32 in der Minute bei ruhiger Bettlage. Es sei hier noch ausdrücklich hervorgehoben, dass nach Beseitigung der Angina nicht die geringste Störung des Schluckvermögens zurückblieb oder später hervortrat.

29. Juli. Clonus in der Beugemuskulatur der beiden Mittelfinger.

31. Juli. Beginnende Contractur im linken Knie. Daneben bestanden die erwähnten Reflexerscheinungen mit geringen Schwankungen fort. Körpergewicht 25 kg.

Vom 7.—11. August. Häufiges Erbrechen. Daneben völlig apathisches Verhalten. Liegt still im Bett. Spricht nicht, rührt sich nicht, scheint nicht zu halluciniren. — Seit der Angina keine erneuten Temperatursteigerungen.

Vom 13. August an geringe Besserung. Vorläufig äusserte sich dieselbe allerdings nur darin, dass man von der Pat. zeitweise wieder die leise gesprochenen bekannten Worte hörte. Am 20. August zog sie beim Berühren des rechten Armes denselben etwas fort. Beim Berühren und Heben desselben verzog sie jedesmal das ganze Gesicht in unverkennbar schmerzlicher Weise. Dieselbe Verziehung des Gesichtes bei passiven Bewegungen des linken Beines. Bei passiven Bewegungen des linken Armes und rechten Beines keine Reaction. — Die Lebhaftigkeit der Reflexe nimmt ab.

24. August. Deutliche Reaction auf Nadelstiche in die Fingerspitzen.

28. August. Keine Schmerzäusserung mehr bei passiven Bewegungen des rechten Armes. Immer noch geringe Contractur im linken Knie und Schmerzen bei passiven Bewegungen des linken Beines.

2. September. Die Schmerzhaftigkeit des rechten Armes scheint dauernd verschwunden zu sein. — Es macht zuweilen den Eindruck, als ob sich bei unerwarteter Anrede das Gesicht der Pat. plötzlich röthe. Körpergewicht 24¼ kg.

15. September. Reagirt entschieden auf Gehörseindrücke. War wäh-

Digitized by Google

rend der letzten Nächte wiederholt schlaflos, solange eine Mitkranke laut war. — Contractur im linken Knie verschwunden.

16. September. Lebhafte natürliche Reaction bei der Mittheilung, dass der Besuch der Eltern gestattet worden sei.

25. September. Sensibilität hat sich wesentlich gebessert. Dagegen bestehen die Coordinationsstörungen und die Muskelschwäche unverändert fort. Reflexe immer noch verstärkt. Ueber die rotirenden Bewegungen war nichts zu ermitteln, da Pat. bei jedem Versuch, zu stehen, sofort nach hinten fiel. Keine spontanen Bewegungen bei ruhiger Bettlage. — Pupillen von mittlerer Weite und normaler Reaction, stehen dauernd stark excentrisch. — Reagirt auf Gehörs- und Gesichtseindrücke, spricht aber noch garnicht. Hallucinirt noch ziemlich lebhaft.

Es ist hier ferner noch zu erwähnen, dass die Kranke während des September und der ersten Hälfte des October fast regelmässig unbedeutend erhöhte Abendtemperaturen zeigte (— 38,1 im Rect.) und sich während dieser Zeit, auch unabhängig von den Mahlzeiten, häufig übergab. Von der zweiten Hälfte des October an verschwanden diese Erscheinungen. Körpergewicht Anfang October $25^1/_4$ kg.

Seit Ende October begann dann unverkennbar auf geistigem und körperlichem Gebiet die Reconvalescenz. Zuerst zeigte sich natürliches Interesse für alle äusseren Vorgänge. Seit Anfang December antwortete Pat. auf Fragen leise mit ja oder nein. Am 11. December erhielt sie eine Puppe, kleidete dieselbe sofort ohne erhebliche Anstrengung allein an und aus und versuchte, wenngleich noch mit mangelhaftem Erfolg, die Arme zu heben. Sie hallucinirte aber damals noch viel und lebhaft.

Am 16. December gab sie die erste Auskunft über die inneren Vorgänge während ihrer Erkrankung. An der Sprache der Pat. wurden keinerlei Störungen beobachtet. Sie reichte die Hand zum Grusse, doch schmerzten angeblich die Arme noch bei stärkeren Bewegungen. Körpergewicht Anfang December $24^1/_2$ kg.

Am 24. December bewegt sie den Kopf, kann aber noch nicht aufrecht sitzen, da der Rücken schmerze.

Am 29. December verlässt sie zum ersten Male das Bett. Habe garkeine Schmerzen mehr. Coordinationsstörungen nicht mehr nachweisbar.

Ueber das psychische Verhalten ist aus dem December noch zu erwähnen, dass die in der Regel zufriedene Stimmung durch die geringsten unerwünschten Ereignisse sofort in das Gegentheil umschlug.

Im Januar trat eine gehobene, übermüthige Stimmung in den Vordergrund. Die Hallucinationen verschwanden im Anfang dieses Monats für immer. Körperlich bestand noch allgemeine Muskelschwäche, aber keine Coordinationsstörung mehr. Massage der Rückenmuskulatur.

Vom Februar an erfolgte eine langsame, aber vollständige Genesung ohne besondere Zwischenfälle. Auch auf motorischem Gebiet blieb keine Störung zurück. Stellung beider Pupillen dauernd excentrisch. —

Digitized by Google

Während der Reconvalescenz gab Pat. über ihre Krankheitserscheinungen an: Im Beginn sei lebhafte Angst aufgetreten. Es sei ihr gewesen, als müsse sie fortlaufen, weil Jemand sie todtschlagen wolle. Bald hätten sich auch Hallucinationen hinzugesellt. Zu Hause sei sie von ihrer Umgebung beschimpft worden. Sie habe versucht, durch Thätlichkeiten hierauf zu antworten. In der Anstalt hätte sie dann von bestimmten Persönlichkeiten Absichten gegen ihr Leben befürchtet. Ferner hätte sie hier neben dem Bett ihre gesammte Familie, an der Zimmerdecke schwarze Männer gesehen. Von Allen sei sie beschimpft worden. Auf diese Reden hätte sie mit den im Anfang genannten Worten, den Schimpfnamen ihrer Geschwister, geantwortet. — Gesprochen habe sie nicht in Folge ihrer Angst. —

Sie behauptet ferner, dass sie sich der Einzelheiten der anfänglichen Untersuchung sehr wohl erinnere. „Sie habe das abscheulich schmeckende Brot gegessen, weil sie sehr hungrig gewesen sei.“ Auf die Untersuchung mit dem elektrischen Pinsel hätte sie nicht reagirt, weil sie gedacht habe, „er lässt es ja doch nicht“. Weitere Einzelheiten waren von der kleinen Pat. nicht zu erfahren. Besonders behauptete sie, über die Veranlassung zu den rotirenden Bewegungen nichts angeben zu können.

Die Kranke verliess am 5. April 1890 geheilt die Anstalt. Das Körpergewicht betrug bei der Entlassung $26^1/_2$ kg.

In dem geschilderten Krankheitsbild lassen sich ohne Schwierigkeit die psychischen und die motorischen Erscheinungen vollständig von einander trennen. Für den Versuch, die Grundlage der Erkrankung und die Beziehungen der beiden Symptomcomplexe zu einander festzustellen, halte ich vorläufig eine gesonderte Besprechung für wünschenswerth.

Nach den Ergebnissen der Beobachtung, welche durch die späteren Mittheilungen der Pat. eine Bestätigung fanden, handelte es sich um hallucinatorisch gestützte Verfolgungsideen bei einer psychisch belasteten Persönlichkeit. Der Ausbruch der Erkrankung erfolgte ohne Vorboten. Pat. wähnte sich beschimpft, ihr Leben bedroht. Sie hörte die Schimpfworte von bestimmten Personen, die wirklich oder als Gesichtshallucinationen anwesend waren, befürchtete von bestimmten Personen Absichten gegen ihr Leben. Auf die vermeintlichen Beschimpfungen antwortete sie durch Schimpfworte, durch Drohen mit der Faust oder durch Gewaltthaten. Die Befürchtungen für ihr Leben waren von lebhafter Angst begleitet. Zuweilen trat in dem Verhalten der Pat. ausgesprochene Gereiztheit, selten Depression hervor. Meistentheils indessen war keine bestimmte Stimmungslage zu ermitteln. Das

Digitized by Google

Bewusstsein schien während der ersten Monate dauernd tief gestört, jedes Verständniss für äussere Eindrücke völlig erloschen zu sein. Endlich muss auch die Aphasie als ein rein psychisches Symptom aufgefasst werden. Pat. sprach auf der Höhe der Krankheit die oben angeführten Schimpfnamen durchaus fliessend, sie sprach, als im IX. Krankheitsmonat die Sprache wiederkehrte, ohne die geringste amnestische oder atactische Störung und gab endlich selbst an, nur die lebhafte Angst habe sie am Sprechen verhindert. — Bis zu den ersten Anzeichen beginnender Besserung verging ein halbes Jahr, und die gleiche Zeit verfloss noch, obwohl kein Rückfall eintrat, bis zur völligen Wiederherstellung. — Während der Reconvalescenz trat vor Allem die bekannte psychische Hyperästhesie zu Tage. Die Kranke reagirte auf die geringsten unerwünschten Vorfälle durch lebhafte Depression. Während des XI. Krankheitsmonats machte sich eine leichte maniakalische Erregung geltend. — Die Wiederherstellung war vollständig, die Erinnerung höchst wahrscheinlich nur summarisch.

Nach dem Gesagten wäre das abgesonderte psychische Krankheitsbild als ein schwerer Fall von acutem Wahnsinn aufzufassen. —

Die motorischen Erscheinungen begannen mit einem Krampfanfall, welcher sich nach 5 Tagen noch einmal wiederholte. In welcher Weise und Reihenfolge sich die weiteren Symptome entwickelt haben, ist nicht bekannt. Bei Beginn der Anstaltsbehandlung bestand Muskelschwäche und das Bestreben nach eigenthümlichen rotirenden Bewegungen. Ferner deutete schon damals der gespreizte und unbeholfene Gang auf Coordinationsstörungen in den unteren Extremitäten. Dagegen fehlten ausgesprochene Lähmungen vollkommen. Entartungsreaction war nicht vorhanden. Zu diesen Symptomen gesellten sich im V. Krankheitsmonat deutliche Anzeichen von gestörter Coordination der Rumpf- und Halsmuskulatur und Zunahme der Störungen in den unteren Extremitäten, Steigerung der Reflexe und Schmerzempfindung bei bestimmten passiven Bewegungen. Im VI. Krankheitsmonat trat für kurze Zeit Contractur im linken Kniegelenk auf. Die Pupillen waren bis zum Beginn der Reconvalescenz dauernd stark erweitert und reagirten exact auf Lichteinfall. Der Augenhintergrund war normal, das Sehvermögen erhalten. Ob auf der Höhe der Erkrankung Sensibilität, Geschmack

Digitized by Google

und Geruch gestört, oder ob Angst und Wahnvorstellungen stark genug waren, um fast jede normale Reaction zu unterdrücken, wage ich nach den vorliegenden Beobachtungen nicht zu entscheiden. — Dass nach der Angina eine entschiedene Verschlimmerung sämmtlicher Krankheitssymptome eintrat, glaube ich, auf die Reducirung der Körperkräfte, nicht auf eine specifische Infection (Lähmung nach Angina ohne Belag) zurückführen zu dürfen. Die erste Annahme wird gestützt durch den beobachteten Collaps (21. Juli), gegen die letzte Annahme spricht das Verhalten der Sehnenreflexe und ferner auch der Umstand, dass die Schlundmuskulatur dauernd normal functionirte. — Die sämmtlichen Symptome verschwanden wieder, aber sehr langsam. Aus der Reconvalescenz möchte ich indessen eine Beobachtung hervorheben: Als die Coordination in Hals- und Rumpfmuskulatur noch vollkommen fehlte, konnte Pat. ihre Puppe ohne Hülfe an- und auskleiden. Die Bewegungen der Hände und Finger waren vollkommen geordnet. — Ueber subjective Symptome fehlt, abgesehen von Schmerzäusserungen während der Reconvalescenz, jede Angabe. Auch nach der Genesung hat sich die Kranke in dieser Richtung nicht ausgesprochen.

Die nächstliegende Annahme, die geschilderten Symptome als Folgezustand der psychischen Vorgänge anzusehen, erscheint mir in dem vorliegenden Falle nicht ausreichend. Es müsste bei Berücksichtigung der psychischen Störung vor Allem auffallen, dass weder kataleptische Starre noch Widerstand bei passiven Bewegungen beobachtet wurden. Ferner glaube ich kaum, dass sich auch nur theoretisch für die vielseitigen und complicirten motorischen Störungen eine ausreichende rein psychische Begründung wird finden lassen. Könnte man auch vielleicht von den beobachteten Symptomen die Schlaffheit der Muskulatur lostrennen und als derart bedingt hinstellen, so rechtfertigen doch die ausgesprochenen Coordinationsstörungen, die stets vorhandenen Rotationen und die gesteigerten Reflexe den Versuch, den gesammten motorischen Symptomencomplex einheitlich aufzufassen und für denselben eine von der Psychose unabhängige Erklärung zu suchen.

Der Versuch, für diese motorischen Erscheinungen einen gemeinsamen Krankheitsherd zu finden, führt freilich zu einem auffälligen Resultat. Schon das eingehend entworfene Bild der Coor-

Digitized by Google

dinationsstörung deutet auf eine Erkrankung des Kleinhirns. Es kommt hier in erster Linie in Betracht der gespreizte und unbeholfene Gang, der bei verbundenen und nicht verbundenen Augen stets gleich blieb. Dann ist zu erwähnen, dass bei weiter ausgebildetem Krankheitsprocess die Coordinationsstörungen am meisten Rumpf- und Halsmuskulatur, etwas weniger die unteren Extremitäten, am geringsten die Arme zu betreffen schienen, und dass während der Reconvalescenz Arme und Hände entschieden früher als die übrige Körpermuskulatur ihre Coordination wiedererlangten. Endlich glaube ich auch die Neigung der Pat., den Kopf nach hinten zu schleudern und nach rückwärts hin zu stürzen, noch betonen zu müssen. — Auf eine Affection des Kleinhirns oder des rechten Brückenarmes deuten ferner auch die Rotationen. Einen genau analogen Fall habe ich allerdings in den Krankengeschichten der mir zugänglichen Kinderliteratur nicht finden können. Gewisse Aehnlichkeit zeigen aber die Fälle von ***Vulpian*** und ***Ross*** (cit. bei *Gerhardt,* Handbuch der Kinderkrankheiten, Bd. V). In dem ersten Falle bestand bei dem liegenden Knaben die Neigung, „sich um sich selbst von links nach rechts zu drehen". In dem zweiten Falle heisst es von dem auf die Füsse gestellten Patienten „der Oberkörper schoss, wenn er nicht unterstützt wurde, vorwärts, als wenn er sich um eine horizontale Achse wälzen wollte". Der Wurm war in dem ersten Fall durch einen tuberculösen Tumor, in dem zweiten (im vorderen Theil) durch ein Gliom zerstört. Eine Betheiligung der Brückenarme war nicht vorhanden. Die Zwangsbewegungen scheinen demnach in den citirten Fällen durch eine Affection des Wurmes hervorgerufen zu sein. — Durch die Annahme einer Kleinhirnerkrankung würde endlich auch die Muskelschwäche und die nicht erhebliche Contractur ihre Erklärung finden. Dagegen ist es mir nicht gelungen, aus der Literatur Angaben über das Verhalten der Sehnenreflexe bei Kleinhirnerkrankungen zu ermitteln. Kurz erwähnen möchte ich übrigens, dass das Verhalten der Reflexe gegen eine Betheiligung der peripherischen Nerven spricht. — Eine ausreichende Erklärung fehlt mir ferner für die dauernde Erweiterung der Pupillen und für die vorübergehende Schmerzhaftigkeit bei passiven Bewegungen des rechten Armes und linken Beines, während linker Arm und rechtes Bein schmerzfrei waren. —

Digitized by Google

Trotz dieser Lücke erscheint es mir gerechtfertigt, die motorischen Erscheinungen als einen selbständigen Symptomcomplex mit der bestimmten, oben genannten Ursprungsstelle aufzufassen. Fehlt zwar die Erklärung für einige wesentliche Krankheitserscheinungen, so sprechen doch dieselben auf der anderen Seite auch nicht gegen die Annahme einer Kleinhirnerkrankung. Es bliebe somit jetzt noch zu erwägen, ob der motorische Symptomcomplex nicht die Haupterkrankung repräsentirt, während die psychischen Symptome (ähnlich wie z. B. bei tuberculöser Meningitis) nur als Begleiterscheinung zu deuten sind.

Um diese Frage zu erledigen, muss vorerst der zu Grunde liegende Krankheitsprocess festgestellt werden. Es ist nun aber nicht möglich, die geschilderten Symptome auf eine der bekannten Kinderkrankheiten zurückzuführen. Gegen cerebrale Kinderlähmung spricht das Fehlen jeglicher Lähmung noch bei der Aufnahme. Gegen einen Kleinhirntumor spricht der ophthalmoskopische Befund und das Sehvermögen. Gegen einfache oder tuberculöse Meningitis als Grundkrankheit spricht die Temperatur, der Ausgang und, wenigstens daneben, auch der Augenhintergrund. Diese Anschauung schliesst übrigens nicht aus, die geringen Temperatursteigerungen im September und October zusammen mit dem anhaltenden Erbrechen als die Symptome einer intercurrenten meningitischen Reizung hinzustellen. Zieht man aber die Zeit in Betracht, so würde sich durch diese vorübergehende Affection nicht einmal die Verschlimmerung der schon vorhandenen Krankheitserscheinungen erklären lassen. — Es wäre endlich noch Hydrocephalus int. und Embolie des Kleinhirns zu erwähnen. Auf Hydrocephalus würden sich allerdings die stark erweiterten Pupillen zurückführen lassen, und die motorischen Erscheinungen könnte man vielleicht als Druckerscheinungen vom IV. Ventrikel aus erklären. Gegen die Annahme eines Hydrocephalus muss aber das Verhalten der Reflexe und die exacte Reaction der erweiterten Pupillen auf Licht angeführt werden. — Gegen eine Embolie endlich spricht der wiederholt constatirte normale Herzbefund. Auch darf man wohl kaum annehmen, dass die schweren motorischen Symptome, wenn sie durch eine Embolie bedingt waren, sich wieder spurlos verloren hätten. —

Eine Wechselbeziehung zwischen psychischen und motorischen

Digitized by Google

Erscheinungen dürfte demnach ausgeschlossen sein. Aber trotzdem erscheint es nur gewaltsam möglich, zwei Symptomgruppen, deren Beginn, Zunahme und Schwinden vollständig zusammenfiel, vollkommen von einander zu trennen. Die ausgebildeten Symptome haben für die Annahme der Zusammengehörigkeit keine Anhaltspunkte ergeben. Ich möchte daher noch einmal kurz auf den Beginn der Krankheit zurückkommen.

Pat. erkrankte im October 1888 an leichter Scarlatina, scheint aber nach Schwinden des Exanthems überhaupt nicht wieder völlig genesen zu sein. Die anhaltende Appetitlosigkeit und allgemeine Mattigkeit legen die Vermuthung nahe, dass der Beginn der im Januar 1889 ärztlich constatirten Nephritis wesentlich weiter zurückliegt. Die Nierenaffection besserte sich angeblich auffallend rasch, doch wagt der Hausarzt nicht, sich über die Heilung bestimmt auszusprechen. Die Worte seines Gutachtens lauten: „Als Pat. bereits völlig genesen zu sein schien", brachen am 10. März 1889 allgemeine Krämpfe bei völlig aufgehobenem Bewusstsein aus. Auf die Krämpfe folgte mit geringen Unterbrechungen ein 48 stündiger Schlaf und dann 3 Tage später eine Wiederholung der Krämpfe bei völliger Bewusstlosigkeit.

Unter diesen Verhältnissen erscheint es gerechtfertigt, die Krämpfe als urämische aufzufassen, und die späteren psychischen und körperlichen Störungen als eine Folge der Nephritis anzusehen. Das geschilderte Krankheitsbild würde dann als eine toxämische Cerebralerkrankung (*Bouchard*, *Korsakow*) zu deuten sein. Die Ursache bildeten toxische Stoffwechselproducte, welche in Folge der Nephritis nicht ausgeschieden waren. Erbliche Belastung begünstigte die Entwicklung der schweren Gehirnaffection.

Diese Annahme bietet meiner Ueberzeugung nach die einzige Möglichkeit, die gesammten Symptome in einheitlicher Weise zu begründen. —

Die bereitwilligst gestattete Veröffentlichung der mitgetheilten Krankengeschichte verpflichtet mich meinem verehrten Chef, Herrn Medicinalrath Dr. *Hasse*, zu besonderem Danke.

Digitized by Google

Zur Lehre der toxischen Psychosen.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg i. H.)

Von

Carl Knörr,

I. Hilfsarzt der Landes-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.

Von jeher wurde den Geisteskrankheiten, welche auf der Basis von Abusus spirituosorum sich entwickeln, besondere Aufmerksamkeit zugewendet. Die bedeutendsten Autoren Deutschlands und auch des Auslandes, speciell Frankreichs, haben die alkoholischen Seelenstörungen eingehend erörtert. Eine Gruppe von alkoholischen Seelenstörungen hat aber bis jetzt noch wenig Erwähnung in der Litteratur gefunden, welche sich durch einen ganz bestimmten Verlauf und Symptomencomplex auszeichnet.

Wilhelm v. Speyr, Director der Irrenanstalt Waldau bei Bern und Professor der Psychiatrie, hat das Verdienst, sie in die Litteratur eingeführt zu haben. In seiner Inaugural-Dissertation, „die alkoholischen Geisteskrankheiten", im Baseler Irrenhause aus dem Jahre 1876—1878 vom damaligen Assistenten zusammengestellt, (1882 Druck und Verlag von F. Lohbauer in Zürich) theilte *v. Speyr* die specifischen alkoholischen Psychosen ein wie folgt: I. Der pathologische Rausch (Alcoholismus acutus); II. Die alkoholische Verrücktheit; III. Das Delirium tremens; IV. Der Alcoholismus chronicus.

Bei der alcoholischen Verrücktheit unterscheidet *v. Speyr* wieder a) die acute, b) die chronische und wendet der acuten Form als der bisher am wenigsten berücksichtigten eine grössere Aufmerksamkeit zu. An einer Reihe von Krankengeschichten erläutert *v. Speyr* die verschiedenen Symptome der acuten alkoholischen

Digitized by Google

Verrücktheit, die Symptome eines auf der Höhe der Alkoholvergiftung auftretenden, plötzlich ausbrechenden Verfolgungswahns ohne Grössenideen mit Sinnestäuschungen, hauptsächlich Gehörshallucinationen; Krankheitserscheinungen, welche ebenso rasch, wie sie sich einstellten, wieder verschwinden, höchstens 3 Wochen dauern und schliesslich in völlige Genesung ausgehen.

In den Charité-Annalen, IX. Jahrgang 1884, veröffentlicht ***Moeli*** „Statistisches und Klinisches über Alkoholismus". Abgesehen von dem Delirium tremens theilt ***Moeli*** die alkoholischen Seelenstörungen ein in 4 Hauptgruppen. Die erste Gruppe bildet ein Symptomencomplex, der der Benennung der acuten alkoholischen Verrücktheit *v. Speyr*'s sehr nahe kommt; eine acute Entwicklung von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen; Inhalt meist Verfolgungs- seltener Grössenideen, mit ganz günstiger Prognose. In der zweiten Gruppe fasst ***Moeli*** die Fälle von chronischer Paranoia zusammen; in der dritten die Zustände hochgradiger Demenz nach Abusus spirituosorum; in der IV. Abtheilung nennt ***Moeli*** ein Irresein nach epileptischen Anfällen oder eine acute Verwirrtheit mit hochgradiger Bewusstseinsstörung, meist nachweisbar mit besonderen Excessen zusammenhängend. Zu dieser letzten Gruppe zählt ***Moeli*** auch die sogenannten Refractäre, Leute, welche eine sehr geringe Widerstandsfähigkeit gegen Spirituosen haben, und bei welchen schon relativ sehr geringe Mengen von Alkohol einen krankhaften Zustand der Psyche hervorrufen können. Zuletzt erwähnt ***Moeli*** noch die unter den Erscheinungen der Paralyse einhergehenden Fälle.

In dem soeben erschienenen Handwörterbuche der Gesundheitspflege von ***Dammer*** schreibt ***Tuczek*** unter „Trunksucht": „Auf dem Boden des chronischen Alcoholismus können sich aber auch wirkliche Seelenstörungen entwickeln, die entweder, ohne etwas Specifisches darzubieten, unter der Form eines der Haupttypen auftreten (Abnormitäten im Ablauf der Vorstellungen: Melancholie mit Ausgang in Genesung oder in Blödsinn; Abnormitäten in der Vorstellungsbildung: Paranoia unter der Form des Verfolgungs- besonders häufig des Eifersuchtswahns mit ungünstiger Prognose) — oder in mehr charakteristischer Weise unter dem Bilde eines acuten hallucinatorischen, heilbaren Irreseins („abortive Paranoia") oder — nach Analogie anderer chronischer Intoxicationszustände — als

Digitized by Google

mehr oder weniger tiefe Bewusstseinseinschränkung mit relativ guter Prognose oder endlich unter einem der Dementia paralytica ähnlichen, aber nicht progressiven und nicht unheilbaren Symptomencomplex („pseudo-paralysie générale de la nature alcoolique") verlaufen."

Tuczek setzt sich damit insofern in Widerspruch mit der Eintheilung der alcoholischen Seelenstörungen *v. Speyr*'s, als er das „acute hallucinatorische Irresein" (die acute alkoholische Paranoia) auf der Basis des chronischen Alcoholismus sich entwickeln lässt und es gewissermaassen als Unterabtheilung des chronischen Alcoholismus auffasst; bei den Fällen *v. Speyr*'s handelt es sich aber ohne Ausnahme um Gewohnheitstrinker, die nach einem grösseren Trinkexcesse diesen acuten Ausbruch der Paranoia darboten, sodass die Zurechnung dieser Form von alkoholischer Seelenstörung zum chronischen Alcoholismus die begründetere sein dürfte.

Während meiner ärztlichen Thätigkeit in der Irrenheilanstalt und psychiatrischen Klinik zu Marburg hatte ich Gelegenheit, eine Gruppe von Seelenstörungen zu beobachten, welche sich auf der Basis von Abusus spirituosorum entwickelten und in ihrem Verlauf den von *v. Speyr* unter „acute alcoholische Verrücktheit" beschriebenen Fällen sehr ähnlich waren.

Herr Geheimer Medicinalrath Professor Dr. *Cramer* hat mir dieselben zur Anfertigung dieser Arbeit zur Verfügung gestellt. Dafür, sowie für die liebenswürdige Unterstützung, welche Herr Geh. Rath *Cramer* meiner Arbeit angedeihen liess, sage ich demselben in dankbarer Verehrung meinen herzlichsten Dank.

Charakteristisch bei den in der Marburger Anstalt beobachteten Fällen ist die bei allen diesen Kranken aufgetretene bestimmte Form von Gehörstäuschungen, auf welche ich später eingehend zurückkommen werde. Das Primäre bei diesen Erkrankungen sind die auf der Höhe der Alkoholvergiftung auftretenden Gehörstäuschungen, welche als Folgezustände Verfolgungsideen, sowie grosse Unruhe und Angstzustände nach sich ziehen und eine bald grössere, bald geringere Verwirrtheit im ganzen Vorstellungsleben des Kranken verursachen. Wir sehen darin also eine Combination von abnormer Vorstellungsbildung und abnormem Vorstellungsverlauf. Das ganze Krankheitsbild zeigt einen sehr rapiden Verlauf; schon nach wenigen Tagen ist der Höhepunkt erreicht und allmälig verlieren sich

Digitized by Google

die Gehörstäuschungen, und nach ihrem Verschwinden, als dem Aufhören des ursächlichen Momentes der Störungen, tritt auch wieder eine normale Bildung, sowie normaler Verlauf der Vorstellungen ein, der Kranke ist genesen.

Entgegen den Beobachtungen von *Moeli* haben wir bei keinem unserer Kranken Grössenideen beobachtet.

Ich lasse zunächst die mit grosser Sorgfalt geführten Krankengeschichten folgen:

Fall I. Dr. N. N., Realgymnasiallehrer, 34 Jahre alt, aus N., evangelischer Confession, unverheirathet. Ueber erbliche Belastung, die Kindheit und Entwickelungsperiode des Kranken fehlen authentische Nachrichten. Das Fortkommen in seinem Berufe war nicht das gewünschte; auch soll der Kranke sehr stark in Alcoholicis gewesen sein. Bei seinen Bekannten galt er schon längere Zeit für „sonderbar". Im Mai 1884 hatte er einen fieberhaften Darmkatarrh mit sehr heftigen Kopfschmerzen, Schwindel, schreckhaften Träumen. Anfang 1885 nervös aufgeregt, schlaflos; schreckte leicht zusammen, hatte ängstliche Träume, ermüdete leicht, war geschlechtlich sehr aufgeregt. Im März 1886: Präcordialangst, Herzklopfen, beschleunigte und unregelmässige Herzthätigkeit, Schwindel, Platzangst; Angst, wenn ihm ganz gleichgültige Personen auf der Strasse entgegenkamen; Congestionen nach dem Kopfe, Furcht geisteskrank zu werden, Menschenscheu. Im Frühjahr 1888 soll der Kranke geistig sehr angestrengt gewesen sein und dabei sehr in Alcoholicis excedirt haben. Am 25. Mai 1888 trat plötzlich nach einigen besonders grossen Trinkexcessen Stimmenhören auf, was den Kranken in grosse Aufregung versetzte. Er hörte Stimmen von Frauen, die ihn verfolgten, glaubte sich in Folge dessen überall verfolgt, fürchtete ein Attentat auf sein Leben; er öffnete jeden Augenblick sein Fenster, um auf die Stimmen zu horchen; konnte nicht mehr schlafen.

Der Kranke wurde am 28. Mai 1888 in die Irrenanstalt zu Marburg aufgenommen. Der behandelnde Arzt, welcher den Kranken in die Anstalt brachte, theilte mit, dass er durch die Beschwerden des Kranken über Schimpfworte, die ihm von der seiner Wohnung gegenüberliegenden Judenschule her zugerufen worden seien, auf die Krankheit desselben aufmerksam geworden sei.

Der Kranke zeigte bei der Aufnahme völlige Krankheitseinsicht und gab über seinen Zustand folgendes an: Allerhand Schlechtigkeiten seien ihm zugerufen worden: alles von ferne, wie ihm scheine, von den Bergspitzen her. Vieles habe er nicht verstanden; es seien meist nur undeutliche Geräusche gewesen, die sich wie Schimpfworte anhörten; oft habe er zu Hause die Fenster aufgemacht, um zu hören, was vorgeht. „Meineidiger, Ehebrecher" habe er verstanden, was doch bei ihm nicht der Fall sei. Das habe ihm viel Angst gemacht; über die letzte Nacht könne er gar keine

Digitized by Google

rechte Auskunft geben; er könne sich gar nicht recht erinnern, glaube aber, dass er kaum im Bett gewesen sei.

In die Abtheilung gebracht hielt sich der Kranke von den übrigen Patienten abseits. Bei Tische stand er nach der Suppe auf, horchte, machte ein sehr ernstes Gesicht; später sagte er, er habe gehört, als ob seine Eltern sollten ermordet werden.

28. Mai. Schlaf auf 1,0 Sulfonal mit Unterbrechungen: Kranke fühlt sich heute etwas wohler, weil die Angst geringer sei. Er behauptet die Stimmen nur noch zu hören, wenn er ruhig dasitze und horche. „Wenn ich mich unterhalte, sind sie fort, doch geht es mit der Unterhaltung noch schlecht." Patient bat, ihm das gewohnte Bierquantum zu gewähren; er habe geistige Getränke ertragen, wie jeder andere Mensch: meist habe er Bier getrunken, selten Wein; etwas anderes nie; er will stets mässig gelebt haben. „Was ich in den letzten Tagen gemacht habe, weiss ich nicht mehr genau. Ich hörte Stimmen, alles ganz undeutlich, als ob meine Mutter sich ertränkte und mein Vater sich erschossen hätte. Gestern schien es mir, als ob ich den Major v. H. hörte: „Den Hund müssen wir auch noch todtschiessen". Dann schien mir die Stimme des Herrn Professor Cramer zu sagen: „Den Mann lasst doch in Ruhe". Dann hörte ich wieder so Andeutungen, als ob ein Buch über mich erschienen wäre. In der Schule hörte ich es von draussen; da glaubte ich, dass es die Juden in der Synagoge wären. Heute hörte ich nur noch dann und wann ein Summen, so manchmal einzelne Laute, wo ich so allerhand hinein interpretire".

Die körperliche Untersuchung ergab von Seiten der Motilität, Sensibilität, Reflexerregbarkeit, Sprache, Specialsinne keine Störungen: Pupillen ohne Differenz, mittelweit, von prompter Lichtreaction. Kein Zittern, auch nicht von Seiten der Zunge. Kniephänomen beiderseits normal; Brust- und Bauchorgane intact. Urin: spec. Gewicht 1015, sauer, Ziegelsteinsediment, frei von Eiweiss, Zucker, Aceton.

Patient giebt zu, dass er oft an Vomitus matutinus gelitten habe.

Die folgenden Tage erholte sich der Kranke sehr; am 29. Mai will er keine Stimmen mehr gehört haben; nur der Schlaf war noch schlecht und musste noch einige Tage durch Schlafmittel herbeigeführt werden.

Am 10. Juni 1888 gab der Kranke zu, dass er oft, und namentlich in der letzten Zeit recht viel schweren Bieres getrunken habe, jedoch bestritt er entschieden, dass er Schnaps getrunken.

Am 20. Juni wurde der Kranke als genesen aus der Anstalt entlassen: beim Abschiede vollständig correctes, dankbares Verhalten; räumte Abusus spirituosorum ein, namentlich in letzter Zeit vor Ausbruch der Krankheit in hohem Grade.

Fall II. Tagelöhner J. Sch., 33 Jahre alt, aus R., evangelisch, verheirathet. Der Vater des Kranken endete durch Selbstmord; die Mutter lebt und ist gesund. Der Kranke machte eine normale Kindheit und Ent-

Digitized by Google

wicklungsperiode durch. In den letzten Jahren soll er oft grosse Quantitäten Alkohol consumirt haben. Am 31. August 1889 kam der Kranke von selbst allein mit einem ärztlichen Zeugnisse in die Irrenanstalt zu Marburg und bat um Aufnahme. Er erzählte, seit vier Wochen werde er von beständiger, schrecklicher Angst gequält, so dass er es nicht mehr aushalten könne. „Es ist mir etwas angethan worden; es wird mir beständig in die Ohren gerufen, bald deutlich, bald nicht verständlich; es war mir, als ob sie riefen: „Hallunke, wenn wir dich kriegen, schneiden wir dir den Hals ab". Dann höre ich alle möglichen Schimpfnamen, wie „Schurke, Hurenhengst". Er klagte ferner über beständiges Sausen und Tosen in den Ohren. Als er hierherfuhr, habe er in dem Geräusche der Eisenbahn auch die schimpfenden Stimmen gehört.

Der Kranke ist ein mittelgrosser Mann von kräftiger Constitution und gutem Ernährungszustand. Pupillen sind gleich, mittelweit, reagiren prompt accomodativ und reflectorisch. Das Gehörsvermögen ist links etwas herabgesetzt, ein Uebel, das aber, nachdem im linken äusseren Gehörgang ein mit Ohrenschmalz bedeckter Wattepfropf entfernt war, gehoben war. Die Zunge wird gerade ohne Zittern herausgestreckt. Kein Tremor der Hände. An Brust- und Bauchorganen nichts Abnormes. Kniephänomen ist beiderseits vorhanden. Motilität und Sensibilität normal. Urin: specif. Gewicht 1022, sauer, kein Eiweiss, Zucker, Aceton.

Der Kranke war die ersten Tage in beständiger, ängstlicher Erregung, welche ihren Grund in fortwährendem Stimmenhören hatte; der Schlaf war schlecht, konnte nur durch Schlafmittel herbeigeführt werden.

Am 5. September behauptete der Kranke, keine Stimmen mehr zu hören; die Angst sei weg, alles sei vorbei. Der Schlaf wurde besser.

Am 13. September machte der Kranke über den Beginn und Verlauf seiner Krankheit folgende Angaben: „Im Juni und Juli d. J. arbeitete ich bei einem Maurermeister in C. im Accord und verdiente in der Woche meine 28 Mark. Dabei trank ich viel Schnaps und Bier untereinander und ass fast garnichts dazu, da wir das nöthige Essen nicht bekommen konnten. Ich trank durchschnittlich im Tage ½ Liter Schnaps und mehrere Liter Bier, zuweilen noch mehr. Ueber den Sonntag fuhr ich nach Hause zur Familie. Anfangs August d. J. stellte ich mitten in der Woche die Arbeit ein und trank sehr stark bis zum nächsten Sonntage. Als ich am Samstage nach Hause wollte, schämte ich mich, weil ich alles Geld vertrunken hatte. Ich trank desshalb bis Sonntag Abend und legte mich hierauf in meinem Logis ins Bett. Ich konnte aber nicht schlafen und wälzte mich im Bette herum. Da war es mir auf einmal, als wenn gerufen würde: „Jakob, Jakob", dann wieder: „Du musst nach Hause". Ich bekam Angst; ich bekümmerte mich wegen meiner Angehörigen, dass ich nicht zu ihnen gegangen wäre; ich ärgerte mich und machte mir Vorwürfe, dass ich das Geld vertrunken hatte. Ich stand auf und hörte immer wieder „Jakob" rufen. Ich meinte, meine Mutter hätte so „hart" an mich gedacht, dass

Digitized by Google

ich es „ahnte“. Dann ging ich zu Fuss die Landstrasse hin gegen meinen Heimathsort zu. Ich ging an einem Haufen Stroh vorbei, da war es mir, als wenn 2 Kerls hinter dem Haufen hervorkämen und mir nachliefen. Ich bekam fürchterliche Angst. Gesehen habe ich sie nicht, aber ich hörte sie, es war mir so, als wenn sie riefen: „Hund, Hund“. „Du schlechter Hund“ — „wir kriegen dich“ — „Du Lumpenkerl“ — „Du Hurenhengst“. Ich lief davon, was ich konnte; ich glaubte immer die beiden Verfolger hinter mir her. Ich lief zu meinem Schwager in O.; ich lief es in ¼ Stunde, was sonst 1 Stunde ist. Dort legte ich mich auf die Bank auf ein Kissen und wollte am anderen Morgen frühe nach Hause weitergehen. Ich konnte aber nicht schlafen; ich hatte zu grosse Angst. Ich hörte die beiden Strolche immer an der Thüre rufen: „Hund, Hund“ — „Wir schlagen dich todt“. Ich hatte eine furchtbare Angst. Es kam mir dann auch vor, als wenn meine Verwandten über mich redeten, und als wenn meine Schwägerin ihren Mann aufgefordert hätte, mich todt zu schlagen. Da glaubte ich, mein Schwager sei im Einverständniss mit meinen Verfolgern und hätte sie angestellt, mich durchzuhauen. Als es Tag wurde, ging ich nach Hause, immer in grosser Angst. Zu Hause meinten meine Mutter und Frau, ich solle zu Hause arbeiten, könne da ebensoviel verdienen. Ich blieb da, weil ich glaubte, die beiden Verfolger kämen nicht hierher; aber ich hörte sie doch noch Tag und Nacht. Ich arbeitete dann 3 Wochen lang im Walde; ich trank fast nichts mehr, aber ich hatte immer noch schreckliche Angst; ich stellte eine Axt neben mich ans Bett, weil ich mich fürchtete; denn ich konnte nicht schlafen. Ich kam schliesslich durch das fortwährende Stimmenhören in eine solche Verzweiflung, dass ich einen Strick nahm, um mich aufzuhängen. Es waren immer die Stimmen der beiden Männer; zu Hause kam es mir vor, als wenn sie draussen vor dem Fenster wären; im Walde hinter einem Strauch; sie kamen immer aus der Ferne, waren meist undeutlich, und darin verstand ich Schimpfworte. Ich konnte keine Nacht vor 2 Uhr einschlafen; da fingen die Nachbarn an zu dreschen; ich bekam dadurch Trost, ich fürchtete mich dann nicht mehr. Ich arbeitete zu Hause bis auf den letzten Tag, bevor ich hierherkam; ich wollte durch festes Arbeiten die Stimmen und die Angst verscheuchen. Hier habe ich noch 4 Tage lang die Stimmen gehört, da waren sie auf einmal verschwunden, und nach ihnen war auch die Angst fort.“

Der Kranke ging in den nächsten Tagen mit zur Arbeit, zeigte ein ruhiges, geordnetes Verhalten. Am 17. September 1889 wurde er als genesen aus der Anstalt entlassen; er schied sehr dankbar und mit dem Versprechen, nie mehr in seinem Leben Schnaps zu trinken. Das Körpergewicht war von 130 auf 133 Pfund gestiegen.

Fall III. Ch. Z., 31 Jahre alt, evangelisch, Schreinergeselle, verheirathet. Vater lebt, ist über 60 Jahre alt und körperlich wie geistig gesund; die Mutter starb an Wassersucht. Erbliche Belastung für Seelenstörung

Digitized by Google

ist nicht vorhanden. Der Kranke entwickelte sich als Kind körperlich und geistig normal. Später soll er viel getrunken haben. Anfang December 1889 wurde er aus Aerger wegen eines angeblichen unsittlichen Verhältnisses seines Vaters mit einem Mädchen sehr missgestimmt und trank sehr viel. Er konnte nicht mehr schlafen, war sehr aufgeregt, schlug alles caput, schrie laut auf, redete viel, so dass er in das Krankenhaus zu Witzenhausen aufgenommen werden musste. Hier war er sehr erregt, warf den Ofen um, riss alles caput, was ihm in die Hände kam, schlug Fensterscheiben ein, wurde gewaltthätig gegen das Wartepersonal.

Nach 8tägigem Aufenthalte im Krankenhause wurde der Kranke am 18. December 1889 in die Irrenheilanstalt zu Marburg aufgenommen. Bei der Aufnahme war er vollständig verwirrt, redete ganz confuses Zeug, wusste offenbar garnicht, was mit ihm vorging. Die körperliche Untersuchung ergab überall normale Verhältnisse.

Die ersten Tage seines Aufenthaltes in der Anstalt war der Kranke vollständig verwirrt, sehr aufgeregt, gewaltthätig, zerstörungssüchtig, sodass er isolirt werden musste.

Am 20. December war der Kranke etwas klarer, gab auf die an ihn gerichteten Fragen Antwort und sagte, er höre die Stimme seines Bruders, der sage: „Du Esel“ — „dummer Esel“ — „Narr, Narr, Narr“; auch andere Stimmen höre er; er höre lautes Lachen; die Leute lachten über ihn und darüber ärgere er sich und werde erregt.

21. December. „Mein älterer Bruder ruft von da oben vom Fenster her: „Raab, Raab, Raab“; wenn die Leute vorbeigehen, soll ich „I-an“ machen, wie ein Esel. Wenn die Raben sterben müssen, muss ich auch sterben. Wer sich das Leben nimmt, muss durch das Schwert sterben; so steht es in der heiligen Schrift“.

In den folgenden Tagen war der Kranke wieder häufig sehr erregt, sprang gegen das Fenster, machte Abwehrbewegungen, wie um sich gegen etwas zu vertheidigen. Anfang Januar beruhigte sich der Kranke: es trat mehr eine gedrückte Stimmung ein; der Kranke machte sich Gedanken darüber, er könne nichts bezahlen; verlangte einmal Gift, dass er fortkomme.

Am 11. Januar 1890 gab der Kranke an, dass er keine Stimmen mehr höre; über die letzteren äusserte er sich folgendermaassen: „Es war so, als ob mein ältester Bruder dabei wäre; er sprach davon, er wolle die Vögel todt schiessen, doch verstand ich es nur ganz undeutlich, es war so, als ob es draussen aus einem Fenster über uns herkäme“.

In der folgenden Zeit zeigte der Kranke ein ruhiges, vollständig geordnetes Verhalten; die Gehörstäuschungen waren verschwunden; der Kranke hatte keine Angst mehr; verhielt sich ruhig, stand auf, beschäftigte sich zuerst auf der Abtheilung und ging dann mit zur Draussenarbeit. Ueber seine Gehörstäuschungen machte er folgende Angaben: Zu Hause habe er, nachdem er mehrere Tage sehr viel getrunken hatte, plötzlich

Digitized by Google

Stimmen gehört, er wusste nicht, was das sein sollte; es seien immer Schimpfworte gerufen worden: das habe ihm anfangs sehr viel Angst verursacht; nachher sei er dadurch so aufgeregt worden, dass er alles zusammenschlug; er glaubte, Jedermann habe etwas gegen ihn und beschimpfe ihn. In W. im Krankenhause sei es ihm gewesen, als ob er seinen Bruder aus Amerika gesehen hätte; nachher habe man ihn eingesteckt, da habe er seinen ältesten Bruder rufen hören, er sei ein Esel; die Stimme sei von oben gekommen, eine Treppe höher. Hier in der Zelle sei es genau so gewesen, als ob sein Bruder ihn beschimpfte. Es waren immer einzelne Worte, aus der Ferne, zuweilen ganz unverständlich; nur selten sei es ihm gewesen, als ob ganze Sätze gerufen würden.

Am 20. Januar 1890 gestand der Kranke zu, er habe zu Hause regelmässig 3 Kännchen (3/8 Liter) Schnaps und mehrere Glas Bier täglich getrunken, zuweilen auch mehr. Kurz vor Ausbruch der Krankheit habe er mehrere Tage sehr stark getrunken.

Der Kranke beschäftigte sich mehrere Wochen andauernd sehr fleissig, zeigte ein vollständig correctes Verhalten, so dass er am 5. März 1890 als genesen aus der Anstalt entlassen wurde. Das Körpergewicht war von 112 auf 131 Pfund gestiegen.

Fall IV. — Tagelöhner S. M. aus C. 55 Jahre alt, verheirathet, evangelisch. Der Kranke wurde am 31. Januar 1890 aus dem Landkrankenhause zu B. in die Irrenheilanstalt zu Marburg gebracht. Die anamnestischen Daten sind sehr mangelhaft. Der Kranke soll früher ein eigenes Gut besessen haben und durch Trunk heruntergekommen sein; ausserdem ist er wegen Brandstiftung bestraft. Vor mehreren Jahren soll er im Landkrankenhause zu B. am Delirium behandelt worden sein. Mitte Januar 1890 zeigte er Angst und Unruhe, verweigerte die Nahrung, glaubte sich verfolgt und durch Diebe bedroht; auch andere bedrohte er und griff sie an, anscheinend in der Absicht, sich zu vertheidigen. Am 25. Januar 1890 wurde er in das Landkrankenhaus zu B. aufgenommen, zeigte dort grosse Unruhe, wanderte stundenlang umher, war anscheinend sehr ermattet. Im Ganzen ruhig und gedrückt, fürchtete er sich besonders vor dem Einschliessen und dem Alleinsein, wurde dann jedesmal sehr unruhig und versuchte mit Gewalt oder auch mit List dem Einschliessen zu entgehen. Oft war er dann kaum zu bändigen, tobte stundenlang, mitunter die ganze Nacht und versuchte die Thüre zu erbrechen. Solche Anfälle hatte er 3—4 Mal täglich; des Nachts nur, wenn die Nachtwache die Zelle wieder verlassen wollte. Auf dem Transport in die Anstalt verhielt er sich unterwegs ruhig und folgsam.

Bei der Aufnahme in die Anstalt sass der Kranke ruhig und apathisch da, gab seinen Namen nach wiederholten Fragen richtig an, liess weitere Fragen aber unbeantwortet; folgte dann willig in die Abtheilung. Während des Bades wurde er ängstlich. „Ich habe doch nichts gemacht; ach Gott!

Digitized by Google

ach Gott"; er jammerte, er sei sehr unglücklich; er habe so grosse Angst. Er sträubte sich, ein Glas Wein zu trinken, da er kein Trinker sei. Er beruhigte sich jedoch bald und gab bei der darauffolgenden körperlichen Untersuchung über seine persönlichen Verhältnisse ordentlich und klar Auskunft. Das Trinken leugnete er, er habe nie mehr, wie ein Kännchen (1/8 Liter) pro Tag getrunken. Der Kranke ist ein ungewöhnlich grosser breitschulteriger Mann mit langen schwarzen Haaren und ebensolchem Vollbart. An den Händen und Beinen viele Verletzungen, welche mit Schorf bedeckt sind; ebenso am linken Ohre und über dem linken Auge Schorfe. Mittlerer Ernährungszustand. Puls ist regelmässig, kräftig, 88 Schläge in der Minute. Die Stirn ist zurückliegend, Schädel sonst ohne Deformitäten. Die linke Pupille ist ein wenig weiter, wie die rechte; beide reagiren auf Lichteinfall und Accomodation. Linker Mundwinkel und die linke Gesichtshälfte hängen etwas herab gegen rechts. Die Zunge kommt gerade heraus, ohne Zittern. Beim Sprechen hie und da Zuckungen im Facialis; keine Sprachstörungen. Kniephänomen ist beiderseits etwas lebhaft. Die Schmerzempfindlichkeit ist ungestört, ebenso die tactile Sensibilität. Kein Tremor der Hände. An Brust- und Bauchorganen nichts Abnormes. Urin enthält kein Zucker, Eiweiss oder Aceton. Die Temperatur war nicht erhöht. Nachdem sich der Kranke am Nachmittage mit dem Wärter ganz ordentlich unterhalten hatte, wurde er gegen 5 Uhr ängstlich, zog die Decke über den Kopf, verhielt sich aber ruhig im Bett, gab auf Fragen keine Antwort. Um 6½ Uhr liegt er mit hochrothem Gesicht da, hat starke Angst, ist verwirrt, schreckt bei dem geringsten Geräusche zusammen, flüstert: „Der, der die Schlüssel hat, ist mein Feind"; flüstert noch mehr undeutliche Worte, deutet ängstlich auf den Wärter: „Der sticht mich, der da den Schlüssel hat; ich habe Angst, ich habe Angst". Puls 112 in der Minute, Temperatur 38,6; lebhafter Tremor der Hände und des Gesichtes beim Sprechen. Der Kranke erhält ein Glas Marsala, welches er hastig austrinkt. Gegen 7¼ Uhr wurde er ruhiger, nimmt das Abendessen. Um 8¾ Uhr Temperatur 38,3. Puls 104 in der Minute; der Kranke ist ruhiger, nicht mehr so ängstlich, aber nicht ganz bei klarem Bewusstsein. Erhielt ½ Liter Bier.

1. Februar. Schlaf bis 12 Uhr, erhielt dann ½ Liter Bier, hat aber nach Mitternacht nur wenig geschlafen, war viel ausser Bett, ängstlich, drängte nach den Thüren. Heute morgen auch erregt und verwirrt, ängstlich, spricht viel durcheinander, geht nachher auf den Wärter los mit dem Esstischchen, so dass er isolirt werden musste. In der Zelle drängt er sehr heraus, redet viel, verwirrt und zusammenhanglos.

2. Februar. War die Nacht über sehr laut, klopfte viel an die Thüre. Heute läuft er in ängstlicher Erregung in der Zelle umher, schreckt bei zufälligen Geräuschen zusammen. Er kam ins Bett, blieb aber nicht liegen, sprang auf, lief unruhig umher, drängte zur Thüre hinaus, schwatzte dabei fortwährend, bezog die Vorgänge und Reden seiner Umgebung auf sich,

Digitized by Google

griff einzelne Worte auf, wusste sich gegen imaginäre Vorwürfe zu vertheidigen.

4. Februar. Ist im Bett noch nicht zu halten, ist sehr ängstlich erregt, fürchtet sich vor jedem Geräusch, verkriecht sich in der Zelle. Thut nur wenig.

5. Februar. Nachts wieder recht laut; heute Morgen voller Angst, glaubt, er solle todt gemacht werden. Spricht im Dialecte schwer verständlich: „Ich soll im Schornstein aufgezogen werden, haben sie gesagt; einmal soll ich 'rüber, einmal soll ich 'nüber; dann soll ich auf dem Boden gelacht haben, sagen sie". Nahm nur etwas Bier ab; lässt sich im Bette nicht halten, steht auf und drängt zur Thüre hinaus. Muss deshalb wieder isolirt werden.

7. Februar. Ist ruhiger, bleibt im Bett; hat gestern und heute regelmässig gegessen. Bezieht die Reden eines anderen Kranken auf sich; schläft gut auf Sulfonal 2,0. Giebt an, es werdem ihm hier alle möglichen Dinge vorgeworfen; es werden ihm Schimpfnamen zugerufen, alle von draussen her, wie wenn einer draussen im Hofe stände. „Lausekerl" — „Lump" — „Der kann nicht bezahlen" — „Hurenhengst" — „Der hat kein gut Gewissen" — Dann sei es ihm gewesen, als ob gesagt würde, der Scharfrichter solle kommen und ihm den Kopf abschneiden. Er verstehe nicht alles, was geschimpft würde; manchmal sei ihm vorgeworfen worden, dass er nicht bezahlen könne, dass er die Betten voll mache, was doch nicht der Fall sei. Am meisten höre er nur rufen, undeutlich, es sei aber, wie wenn immer „Lump" gerufen würde.

Hat noch Temperatursteigerung 38°. Unter den Schorfen der Verletzungen hat sich an verschiedenen Stellen Eiter angesammelt; antiseptisch verbunden.

8. Februar. Giebt an, es werde noch immer von draussen geschimpft: „Sie heissen mich Spitzbube, Ehebrecher. Zu Hause, bevor ich in das Krankenhaus kam, hörte ich auch schon immer so schimpfen und wusste nicht, was es bedeuten solle; ich bekam deshalb so Angst. Im Krankenhause wurde auch so geschimpft".

10. Februar. Schläft ohne Schlafmittel; verhält sich ruhig, ist vollständig klar, doch noch immer ängstlich gestimmt. Behauptet, er werde noch immer geschimpft von draussen her; er werde immer „geuzt".

15. Februar. Hört noch immer die Stimmen, die ihn in ängstliche Erregung versetzen: „Draussen rufen sie: Napoleon soll 'raus; ich hätt' mit 'nem Mensch 'was zu thun".

20. Februar. Verhält sich ruhig und ordentlich, ist noch im Bett; die Gehörstäuschungen bestehen fort.

25. Februar. Hört noch immer die Stimmen vom Corridor her, welche „Napoleon" — „Bismarck" rufen. Ist sonst ruhig, doch noch ängstlich gestimmt.

6. März. Der Kranke ist ausser Bett, hat sich körperlich sehr erholt.

Digitized by Google

Nach den Stimmen gefragt, sagt er: „Ach, lassen Sie mich gehen; ich bekümmere mich nicht drum".

24. März. Seit mehreren Tagen will der Kranke keine Stimmen mehr hören; die Stimmung ist eine gute, gleichmässige; der Kranke verhält sich ruhig und geordnet, beschäftigt sich mit Holzsägen.

6. April. Nachdem sich der Kranke seit mehreren Wochen vollständig correct, ruhig und geordnet verhalten und sich fleissig und regelmässig beschäftigt hatte, auch Krankheitseinsicht zeigte, wurde er am heutigen Tage als genesen aus der Anstalt entlassen. In den letzten Tagen hatte er hochgradigen Abusus spirituosorum kurz vor Ausbruch der Krankheit zugestanden. Das Körpergewicht war von 150 auf 173 Pfund gestiegen.

In den 3 ersten Fällen fällt vor allem die bis in die kleinsten Details gehende Gleichheit im Ausbruch, Verlauf und Ausgang der Krankheit auf; sie können deshalb zusammen besprochen werden. Bei allen 3 Kranken handelt es sich um sogenannte Gewohnheitstrinker, unter welchen der Verein deutscher Irrenärzte solche Personen versteht, „die sich dem Trunke in solchem Maasse ergeben haben, dass sie ihre Selbstbeherrschung und die Fähigkeit, ihre Geschäfte zu besorgen, mehr oder weniger verloren haben, ihre Pflichten vernachlässigen und sich und ihrer Umgebung gefährlich werden". Unsere 3 Kranken waren geraume Zeit vor Ausbruch der Krankheit dem Trunke sehr ergeben; in dem ersten Falle handelt es sich um einen Herrn, dessen Nervensystem schon Jahre vorher durch Abusus spirituosorum sehr zerrüttet war; er litt an Schlaflosigkeit, Präcordialangst, Platzangst, Schwindelgefühl, Congestionen nach dem Kopfe, unregelmässiger Herzthätigkeit; er war leicht reizbar und die Ausübung seines Berufes machte ihm mehr Schwierigkeiten, wie zuvor; er zeigte deshalb gewissermaassen eine Prädisposition zum Ausbruch einer Geisteskrankheit. In den beiden anderen Fällen handelt es sich um Arbeiter, bei denen es, wie diese Leute sich auszudrücken pflegen, die Arbeit schon mit sich bringt, dass man trinkt. Beide waren schon längere Zeit sehr dem Trunke ergeben; der Eine brachte es sogar bis zu $^1/_2$ Liter Branntwein am Tage, wie er selbst zugab. In allen 3 Fällen ist der Ausbruch der Geisteskrankheit ein plötzlicher. Er schliesst sich in allen Fällen an an kurz vorher stattgehabte grosse Trinkexcesse.

Das erste Symptom der Geisteskrankheit sind die plötzlich ausbrechenden Gehörstäuschungen. Die Kranken hören sich beschimpfen; der Eine wird „Ehebrecher" — „Meineidiger" ge-

Digitized by Google

schimpft und hört die Stimmen von der gegenüberliegenden Judenschule her, der Andere hört seinen Namen rufen und ebenfalls Schimpfnamen; der dritte Kranke hört auch ganz plötzlich sich ohne Grund beschimpfen, ohne zu wissen, woher es kommt. Alle 3 Kranken hören diese Stimmen aus der Ferne; „von den Bergspitzen her"; manchmal sind die Stimmen undeutlich, manchmal nur Geräusche, die klingen, „als ob es so heisse". „Es war mir, als ob gesagt würde" ist häufig die wörtliche Angabe der Kranken über diese Art von Gehörstäuschungen. Diese sogenannten „elementaren Gehörshallucinationen" werden, wie *A. Cramer* in „die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung" (Freiburg 1889) ausführt, nur bei chronisch Verrückten beobachtet und haben eine ungünstige Prognose. Sie sind als Hallucinationen im Acusticus aufzufassen. *Cramer* schreibt darüber in der erwähnten Abhandlung:

„Eine Hallucination im Acusticus wird in Folge der specifischen Energie desselben dem Bewusstsein eine Empfindung von einem Klang (mit Klangfarbe) oder einem Geräusche aufdrängen, mit welchen gewohntermaassen eine Bewegungsvorstellung im Sprachapparate associirt wird. Das schliessliche Resultat besteht darin, dass der Kranke allerlei einzelne Worte zugerufen bekommt, welche er, wie die klinische Beobachtung lehrt, erst nach und nach verstehen lernt, d. h. mit einer Sprachvorstellung associirt. Niemals aber ist eine solche isolirte Hallucination des Acusticus im Stande, bei dem Kranken die Empfindung hervorzurufen, als ob er ganze Erzählungen oder Sätze zugerufen bekomme. Dazu ist eine Hallucination im Muskelsinn des Sprachapparates nöthig."

Ausnahmslos handelt es sich bei unseren Kranken um diese von *Cramer* beschriebenen Hallucinationen im Acusticus; wortähnliche Laute, in welche die Kranken Vorstellungen im Sprachapparat hineinlegen; daher die einzelnen Worte, die Schimpfnamen, welche sie aus der Ferne zugerufen bekommen; daher das unsichere unbestimmte in deren Angaben: „es war mir, als ob Jemand zurief; es war, wie wenn Jemand sagte". Da das ganze Gebiet der Sprach- und Bewegungsvorstellungen bei unseren Kranken intact ist, finden wir bei ihnen auch das Bewusstsein fast vollständig erhalten, wie in unseren beiden ersten Fällen. „Die Leute können denken, wie ein Gesunder."

Digitized by Google

Diese Hallucinationen im Acusticus, welche nach *Cramer* nur bei chronisch Verrückten vorkommen, haben bei der chronischen Paranoia eine sehr ungünstige Prognose. In unseren Fällen, das heisst auf alkoholischer Basis entstanden, gehen sie nach ganz kurzer Zeit in Genesung über.

Diese Gehörstäuschungen, welche ohne Ausnahme einen feindlichen Charakter haben, verursachen nun als ihre directe Folge die abnorme Vorstellungsbildung und den abnormen Vorstellungsverlauf. Die Kranken werden durch das Stimmenhören ängstlich gestimmt, sie halten sich, da sie sich über die Ursache und Herkunft keinen Aufschluss geben können, für verfolgt, es entwickeln sich Verfolgungsideen; die Stimmung ist je nach dem Charakter und der Intensität der Gehörsballucinationen eine wechselnde; der Kranke wird sehr ängstlich, läuft aus Angst blindlings fort, um seinen vermeintlichen Verfolgern, die ihn ermorden wollen, zu entgehen, oder er wird, wie in unserem dritten Falle, ausserordentlich erregt; die unbegründeten Schimpfereien versetzen ihn in blinde Wuth; er schlägt Alles caput, was ihm in die Hände kommt. Wir haben schon erwähnt, dass das Bewusstsein, wie wir in den beiden ersten Fällen sehen, während des ganzen Krankheitsverlaufes erhalten und ungetrübt sein kann; es kann aber auch, wie in unserem dritten Falle, durch die abnorme Vorstellungsbildung vorübergehend derart verwirrt sein, dass nachher jede Erinnerung an das Geschehene fehlt.

Mit dem Verschwinden der Gehörstäuschungen hören auch alle weiteren Krankheitserscheinungen auf. Durch Gehörstäuschungen nicht mehr beeinträchtigt, stellen sich wieder eine normale Vorstellungsbildung und ein normaler Vorstellungsverlauf ein; der Kranke sieht das Krankhafte ein und ist wieder ruhiger und geordneter Stimmung — er ist genesen.

Das Primäre bei dem ganzen Krankheitsprocess sind also die Gehörstäuschungen, während die Angstzustände und die Entwicklung von Verfolgungsideen der secundäre Folgezustand sind.

Bemerkenswerth bei dieser Gruppe von Seelenstörungen ist das Fehlen aller Grössenideen, was bei dem raschen Verlauf der Krankheit und dem rapiden Ausgang in Genesung, wo, so zu sagen, gar keine Zeit vorhanden ist zur Entwicklung von secundären Grössenideen auf der Basis von Verfolgungsideen, nicht zu verwundern ist.

Digitized by Google

Etwas complicirter, als die drei ersten Fälle ist der Fall IV. Es handelt sich hier um einen Mann, der durch Trunksucht sein ganzes, nicht unbedeutendes Vermögen eingebüsst hat und schon einmal an Delirium potatorum gelitten hat. Er ist, wie die übrigen Kranken, Gewohnheitstrinker. Der Ausbruch der Krankheit ist derselbe, wie in den vorerwähnten Fällen. Nach seiner Aufnahme in die Marburger Anstalt kam die Frage in Betracht, ob es sich nicht wieder um ein Delirium potatorum handelte; doch der ganze Verlauf der Krankheit zeigte, dass es sich um dieselbe Form von Seelenstörung handelt, wie in den drei erwähnten Fällen. Ganz bedeutend war in diesem Falle die Verwirrtheit des Kranken, welche allerdings nur immer von kurzer Dauer war und mit lichten Momenten abwechselte. Die auffallende Temperaturerhöhung während 8 Tage, die allerdings 38,6° nicht überstieg, hatte ihren Grund jedenfalls in den nicht unbedeutenden Hautabschürfungen, mit welchen der Kranke in die Anstalt kam, und unter deren Schorf sich Eiter angesammelt hatte. Von den anderen Fällen unterscheidet sich dieser Fall auch durch seinen etwas längeren Verlauf, der immerhin 2 Monate dauerte.

Nicht zu verwechseln ist unsere Gruppe von Seelenstörungen mit dem Delirium potatorum, welches nach der Ansicht von Prof. ***Cramer*** als blosses Abstinenzdelirium aufzufassen ist. ***Tuczek*** schreibt in der erwähnten Abhandlung über Trunksucht:

„Unter den Irreseinsformen auf alkoholischer Basis nimmt eine besondere Stellung das Delirium potatorum (Del. alcoholicum s. tremens) ein, insofern es wohl in den meisten Fällen einen Erschöpfungszustand des Gehirns in Folge plötzlicher — freiwilliger oder unfreiwilliger — Alkoholentziehung bei Trinkern darstellt. Bewusstseinstrübung, Angstzustände, Schlaflosigkeit und Tremor sind seine Hauptsymptome. Dass das Delirium im unmittelbaren Anschlusse an einen Alkoholexcess ausbricht, ist jedenfalls das Ungewöhnlichere; meist liegt zwischen dem letzten Alkoholexcesse und dem Ausbruch des Delirium ein Zeitraum, in welchem aus irgend einem Grunde keine alkoholischen Getränke aufgenommen wurden. Entweder sind dem Trinker die Mittel ausgegangen, um sich Branntwein zu kaufen, oder es kommt ein Stadium, in dem der Magen nichts, auch den Schnaps nicht bei sich behält, oder er wird einer eingetretenen Erkrankung, vielleicht einer Verletzung wegen, in ein Hospital, eines Excesses, einer strafbaren Handlung wegen in ein Gefängniss internirt und an dem gewohnten Schnapsgenuss gehindert: und nun bricht das Delirium aus. Da Gehirn des Trinkers bedarf fortwährend neuer Reize, wenn es ordn

Digitized by Google

functioniren soll; fallen diese weg, so tritt ein Erschöpfungszustand unter den Formen des Delirium ein. Es gilt deshalb längst als Regel, Trinkern bei intercurrenten Krankheiten den Alkohol nicht vollständig zu entziehen, um so mehr, als man weiss, dass der Ausbruch des Delirium durch schwächende Momente aller Art, als mangelhafte Ernährung, Fieber, Operationen begünstigt wird. Im Delirium wird durch Ausfall von Vorstellungen das Bewusstsein auf eine traumhafte Stufe herabgedrückt; Sinnestäuschungen, besonders aber die in Folge der Urtheilsunfähigkeit wahnhafte Umdeutung der Vorgänge in ihrem eigenen Körper und in ihrer Umgebung versetzen sie in Angst und grosse Verwirrung. Hier spielen besonders die vielfachen abnormen Empfindungen und entoptischen Erscheinungen (Sehen massenhafter kleiner Körper, die verschiedentlich umgedeutet werden) eine Rolle. Im Halbdunkel, der für groteske Umdeutungen geeignetsten Zeit, erreicht gewöhnlich die Angst den höchsten Grad. Es kommt zu grosser Erregung, zu Entsetzen und Wuth, mit heftigen gegen die eigene Person oder gegen die Umgebung gerichteten Gewaltakten. Es empfiehlt sich deshalb Alkoholdeliranten nicht im Dunkeln, besonders nicht im Halbdunkel und womöglich nicht allein zu lassen, jedenfalls sie sorgfältig zu überwachen."

Während also das Delirium potatorum als ein Erschöpfungszustand des Gehirns aufzufassen ist, ist die acute alkoholische Paranoia als ein auf der Höhe der Alkoholintoxication auftretende Psychose zu betrachten. Bei jenem ist immer eine hochgradige Störung des Bewusstseins vorhanden, während bei dieser das Bewusstsein meist vollständig erhalten oder nur vorübergehend etwas getrübt ist; doch ist die Angst ein vollständiges Symptom der Erkrankung, doch ist sie ein Folgezustand der primär auftretenden Gehörstäuschungen. Während wir es bei dem Delirium potatorum mit Hallucinationen aller Sinne und namentlich mit Illusionen des Gesichtes zu thun haben, haben wir bei der acuten alkoholischen Paranoia es ausschliesslich mit den primär auftretenden Gehörshallucinationen von dem besprochenen Charakter zu thun. Nur in einem unserer Fälle, dem dritten, giebt der Kranke an, es sei ihm vorgekommen, als ob er seinen Bruder sehe, eine so unbestimmte Angabe, die man wohl kaum als Gesichtstäuschung auffassen kann.

Ebenso wenig ist diese Gruppe von alkoholischen Seelenstörungen zu verwechseln mit den sogenannten Refractaeren. Bei diesen Leuten, welche in Folge krankhafter Anlage durch verhältnissmässig sehr geringe Mengen von Alkohol in pathologische

Digitized by Google

Rauschzustände verfallen, handelt es sich um ganz plötzlich ausbrechende Verwirrtheit mit hochgradigen Tobsuchtsanfällen; der ganze pathologische Zustand ist ein äusserst kurzer, rasch vorübergehender und dauert meist nur wenige Stunden. Bei den Refractaeren handelt es sich immer um eine angeborene oder erworbene krankhafte Disposition des Nervensystems; sie sind aber niemals Gewohnheitstrinker und bekommen deshalb niemals das Delirium potatorum.

Dieselben Krankheitserscheinungen, wie sie bei Gewohnheitstrinkern in Gestalt der acuten alkoholischen Paranoia auftreten, werden bei Missbrauch von Morphium mit Cocain und Cocain beobachtet. Es handelt sich da um auf der Höhe der Vergiftung auftretende Sinnestäuschungen, welche Verfolgungswahn mit Angstzuständen im Gefolge haben.

In den Charité-Annalen, XII. Jahrgang, veröffentlicht *Thomsen* 3 Fälle von Seelenstörung nach Morphiumcocainmissbrauch, welche er als „acute hallucinatorische Morphiumcocainparanoia" bezeichnet. Auch hier finden wir als das Primäre die Gehörstäuschungen, welche Verfolgungswahn im Gefolge haben; nach dem Verschwinden der Gehörstäuschungen fallen auch alle anderen psychischen Symptome weg. Die Gehörstäuschungen in den *Thomsen*'schen Fällen haben alle denselben Charakter wie die von uns in unseren Fällen von alkoholischer Paranoia beobachteten; sie sind als sogenannte „elementare Gehörstäuschungen" aufzufassen.

In „die Morphiumsucht und ihre Behandlung" theilt *Erlenmeyer* eine Reihe von Krankengeschichten mit, welche ganz den *Thomsen*'schen Fällen entsprechen. Die typische Cocainpsychose beschreibt *Erlenmeyer* folgendermaassen: „Höchst verderblich sind die Wirkungen des Cocain auf die Psyche. Als schwerstes Symptom des Cocainismus nenne ich die Geistesstörung, die in Form der hallucinatorischen Verrücktheit auftritt. Sie entwickelt sich meist schnell, und die Krankheit erreicht in kürzester Frist ihren Höhepunkt, auf dem die Kranken sich zu den gefährlichsten Ausbrüchen gegen ihre vermeintlichen Verfolger hinreissen lassen. — — — Als Inhalt der Gehörshallucinationen werden sowohl menschliche Stimmen angegeben, die dem Kranken Schimpfworte und andere Beleidigungen zurufen, als auch Geräu-

Digitized by Google

Art, denen der Kranke dann eine besondere Bedeutung unterschiebt. Einer meiner Patienten hörte Nachts Diebe und Einbrecher im Hause herumlaufen und poltern; eine Patientin hörte Alarmsignale, von Trompeten und Trommeln gegeben, und schloss daraus auf Feuer und Krieg."

Erlenmeyer beschreibt da genau dieselben Gehörshallucinationen, wie wir sie bei unseren Trinkern beobachtet haben.

In der Irrenheilanstalt zu Marburg hatte ich ebenfalls Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, der den von ***Thomsen*** und ***Erlenmeyer*** beobachteten ähnlich ist, bei dem allerdings bei seiner Aufnahme in die Anstalt die typische Cocainpsychose schon abgeklungen war, der aber wegen der genaueren Angaben des Kranken über die Gehörstäuschungen von Interesse sein dürfte, weshalb ich ihn hier aufnehme.

Fall V. — Dr, med. früher Marinearzt, 32 Jahre alt, evangelisch, unverheirathet. Ein Bruder der Mutter starb an Dementia paralytica. Normale Kindheit und Entwickelungsperiode; als Student ohne bemerkenswerthe Veranlassung dem Abusus morphini ergeben. Nach einer Entziehungskur vor 3 Jahren bald Rückfall. Im December 1888 Beginn einer zweiten allmäligen Entziehungskur, welche gut durchgeführt wurde. Zur Nachkur in Bad E., dort abnormes Verhalten. Aufgeregtheit, Plänemachen, sexuelle Erregung, Hang zum Trinken, Unfähigkeit, ärztlich thätig zu sein. Ob der Kranke sich doch Morphium verschafft hat, war nicht festzustellen.

Er kam freiwillig am 27. Mai 1889 in die Irrenheilanstalt zu Marburg. Hier machte er über seinen Morphiummissbrauch folgende Angaben: Er sei in Folge von Darmkatarrh zum Abusus morphini gekommen; wie er als Student „abgesoffen" gewesen sei, habe er dadurch versucht, sich wieder „auf den Damm zu bringen". Als tägliche Maximaldosis bezeichnet er 1,0 Morphium und 0,9 Cocain. Die Cocaininjectionen haben ihm nie eine angenehme Stimmung verschafft. Ferner habe er nach den Cocaininjectionen Gehörstäuschungen bekommen, die ihm grosse Angst verursachten und ihn in ängstliche Erregung versetzten. Er habe stets einzelne Worte oder wortähnliche Lautgebilde gehört. Alle diese Laute, in welchen er Schimpfworte wie „Feigling" zu hören glaubte, kamen aus der Ferne; er hatte die auf dem Schiffe anwesenden Officiere (der Kranke diente damals als Marinearzt) im Verdacht, diese Schimpfworte ausgestossen zu haben, so dass er in seiner ängstlichen Erregung schon die Pistole geladen hatte, um sich zu erschiessen. Von dem subjectiven Charakter der Gehörstäuschungen habe er sich dadurch überzeugt, dass er sich die Ohren fest zuhielt und dennoch die Stimmen hörte. Bei der Entziehungskur verloren sich die Gehörstäuschungen; es habe sich aber Theilnahmlosigkeit gegen jede Arbeit, völlige Energielosigkeit und Nervenüberreizung eingestellt.

Digitized by Google

In der Anstalt zeigten sich bei dem Kranken keine Gehörstäuschungen mehr; er zeigte nur andauernd das Bild geistiger Schwäche mit Selbstüberschätzung und ethischen Defecten; der Kranke war ohne jede Energie und zeigte nicht die geringste Neigung zu einer geordneten Thätigkeit. Er wurde nach einem Aufenthalte von 1 Jahr am 16. Mai 1890 als wenig gebessert aus der Anstalt entlassen. Das Körpergewicht war von 126 auf 129 Pfund gestiegen.

In der Marburger Irrenheilanstalt kam eine Psychose nach Influenza in Behandlung, welche mit den beschriebenen Fällen nach Alkohol-, Morphiumcocain-, Cocain-Intoxicationen ausserordentliche Aehnlichkeit hat und auf derselben Basis der acuten Intoxication sich entwickelt zu haben scheint. Es dürfte deshalb von Interesse sein, den Fall hier zu erwähnen.

In der Litteratur über Influenza-Psychosen ist ein ähnlicher Fall von ***Mispelbaum*** (über Psychosen nach Influenza. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin, 27. Band, 1. Heft) beschrieben worden, welcher sich in der Bonner Provinzialirrenanstalt befand. Es handelt sich um einen 24 Jahre alten Schuster, bei dem sich nach kaum überstandener Influenza Gehörstäuschungen einstellten, welche grosse Angstzustände und Verfolgungsideen hervorriefen. Schon nach wenigen Tagen verschwanden die Gehörshallucinationen und mit ihnen auch die Folgezustände: Verfolgungsideen und Angst; der Kranke wurde nach kurzer Zeit als genesen aus der Anstalt zu Bonn entlassen.

Ich lasse den in der Marburger Irrenheilanstalt behandelten Fall in extenso folgen:

Fall VI. — Kaufmann A. W. aus K., 50 Jahre alt, verheirathet, evangelisch. Es besteht keine erbliche Belastung für Geistes- und Nervenkrankheiten. Als Kind war der Kranke immer gesund, gut beanlagt; auch später machte er keine nennenswerthen Krankheiten durch.

Am 26. December 1889 erkrankte er an Influenza, von welcher sich der Kranke nicht erholte. Am 2. Februar begann er, irre zu reden; er fing an zu stottern, was früher nicht der Fall war; es stellten sich Gehörstäuschungen ein. Dabei war er ängstlich erregt, unbesinnlich, schlaflos; verweigerte zeitweilig die Nahrung.

Am 14. Februar 1890 wurde W. in die Irrenheilanstalt zu Marburg gebracht. Bei der Aufnahme war der Kranke total verwirrt, sprach vor sich hin, ohne auf Fragen zu antworten. „Es wird sich schon alles aufklären: es soll einer gerichtet werden, und das bin ich. Hundert Wagen werden sich um die Amoeneburg sammeln, und dann wird gerichtet wer-

Digitized by Google

den". Er fing darauf an, bitterlich zu weinen und zu schluchzen; folgte dann ohne weiteres nach der Abtheilung. Die körperliche Untersuchung ergab, ausser einer sehr geringen, kaum merklichen Pupillendifferenz, überall normale Verhältnisse.

15. Februar. Hat die Nacht über fast garnicht geschlafen, lief fortwährend im Zimmer umher, rief öfters: „Sind es 30 oder 40?" War so unruhig und störend, dass er isolirt werden musste. Heute am Tage ruhiger, etwas ängstlich gestimmt, schwatzt zusammenhanglos, hält mitten im Satze an und weiss nicht mehr, was er gesagt hat.

18. Februar. Hat die letzten Nächte besser geschlafen, ist etwas klarer, aber noch ganz unorientirt über seine Umgebung, verkennt die Personen. Auf Befragen, wie lange er hier sei, besinnt er sich längere Zeit; antwortet endlich: „51 geboren, 51 geboren — bin doch abkommandirt zu den Jägern — zu den Gardegrenadieren".

19. Februar. Ruhiges Verhalten, etwas gedrückt, wenig zugänglich, noch immer verwirrt.

23. Februar. Hat meist den Kopf in der Decke; ist etwas klarer, giebt an, Stimmen zu hören, oben von der Decke her, als ob da Leute herumgingen, und von draussen her. Ist in seinen Angaben noch unklar und widersprechend, auch noch nicht recht orientirt über seine Umgebung.

3. März. Meint in der Zimmerdecke sei ein Loch, er höre seine Frau und seine Kinder dort oben jammern. „In der ersten Nacht hier war es mir, als ob ein Verhör mit mir angestellt werden sollte. Ich hörte immer rufen, nur einzelne Worte und Laute, von allen Seiten her, aber immer von ferne. Es schien mir, als ob es die Stimmen von Bekannten wären: die reden immer so fernen Gesang und dann kommen sie näher und trampeln oben über der Decke. Da oben drüber höre ich manchmal die Stimme des Herrn W., ich höre seine Stimme, erkenne sie auch, aber verstehen kann ich es nicht, was er sagt. In der Zelle hörte ich meine Frau jammern, wie wenn sie draussen im Hofe stünde." Die Stimmen habe er schon zu Hause im Beginn der Krankheit gehört: da habe er sich nicht denken können, was das bedeuten solle, glaubte, man habe etwas gegen ihn, und habe grosse Angst bekommen.

7. März. Ist bei klarem Bewusstsein, giebt auf Fragen richtige Antwort über seine Verhältnisse. Ueber seine Gehörstäuschungen giebt er an, er höre immer noch Stimmen, von draussen und von oben: er verstehe aber keine deutlichen Worte, denke nur immer so, es müsse so heissen.

12. März. Ist ausser Bett, vollkommen klar bei Bewusstsein; die Gehörstäuschungen sind verschwunden. Ist noch leicht zum weinen geneigt; die Thränen kommen ihm sehr leicht.

Der Zustand des Kranken besserte sich von Tag zu Tag mehr; sein Verhalten war ein correctes; der Kranke zeigte Krankheitseinsicht, zeigte sich sehr dankbar. Am 2. April 1890 wurde er als genesen aus der Anstalt entlassen. Das Körpergewicht war von 103 auf 119 Pfund gestiegen.

Digitized by Google

In dem vorliegenden Falle scheinen wir es auch mit einer reinen Intoxicationspsychose zu thun zu haben, hervorgerufen, wie in den vorausgehenden Fällen durch Alkohol resp. Morphiumcocain, so hier durch das Influenzagift. Wir haben aber auch hier die primär auftretenden Gehörstäuschungen und als Folgezustand Verfolgungsideen und hochgradige Angstzustände. Die Verwirrtheit war in diesem Falle besonders beträchtlich und lange anhaltend. Auch hier haben wir nur sogenannte elementare Gehörstäuschungen, Hallucinationen im Gebiete des Acusticus, mit welchen sich Hallucinationen im Muskelsinn des Sprachapparates associiren; während Hallucinationen anderer Sinne, sowie Grössenideen fehlen. Wie in den anderen Fällen, hat auch hier mit dem Aufhören der Gehörshallucinationen die Krankheit ihr Ende erreicht, der Kranke war wieder genesen.

Fassen wir die Betrachtungen alle zusammen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

I. Bei Gewohnheitstrinkern kann sich ganz in derselben Weise, wie bei Morphiumcocainisten, Cocainisten und dem Influenzagifte, mit grösseren Trinkexcessen als Folgezustand der acuten Alkoholintoxication eine Psychose entwickeln.

II. Diese Psychose hat den Charakter einer acuten Paranoia, sogenannten abortiven Paranoia (*Sander*) mit dem primären Symptom der Gehörshallucinationen und darauf gegründetem Verfolgungswahn, ohne Grössenideen, mit secundären Angstzuständen. Der Verlauf der Psychose ist ein sehr rascher; die Krankheit geht nach unseren bisherigen Beobachtungen ausnahmslos in Genesung über.

III. Die bei der acuten alkoholischen Paranoia auftretenden Gehörshallucinationen sind sogenannte „elementare Gehörstäuschungen“, welche nach unseren Erfahrungen bei der gewöhnlichen, nicht auf alkoholischer Basis beruhenden, chronischen Paranoia prognostisch sehr ungünstig sind, in dieser Krankheitsgruppe aber eine sehr günstige Prognose haben und rasch in Heilung übergehen. Mit diesen im Bereiche des Acusticus auftretenden elementaren Gehörshallucinationen verbinden sich Hallucinationen im Muskelsinn des Sprachapparates. Bei der chronischen Paranoia muss eine dauernde Schädigung im Abstinenzgebiet angenommen werden, während in unseren Fällen derselbe eine transitorische ist, die mit der Giftwirkung kommt und schwindet.

Ueber Kochsalzinfusionen bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken.

Von

Dr. **Georg Ilberg,**
Assistent der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg.

Bei einer Anzahl von Geisteskranken, welche bei grosser körperlicher Schwäche keine Nahrung, nicht einmal Wasser geniessen, ist die künstliche Ernährung vom Magen oder vom Darm aus nicht ohne Schwierigkeit und Gefahr ausführbar. Durch heftiges Würgen suchen die Kranken die Einführung der Sonde in den Magen zu verhindern. Gelang es endlich doch, die Sonde einzuführen, so brechen sie schon während der Eingiessung der Nährflüssigkeit oder nach der Fütterung willkürlich oder unwillkürlich Alles wieder heraus und vereiteln so jede Wirkung der mit Aufregung für sie verbundenen Procedur. Eventuell setzen sie sich sogar der schweren Gefahr einer Aspiration des Erbrochenen aus. Bisweilen begegnet man diesem Gebahren der Kranken zwar mit Erfolg dadurch, dass man nur kleine Mengen concentrirter Nahrung einfliessen lässt, die Temperatur des Fütterungsgemisches erheblich herabsetzt, die Sonde nicht einölt, sondern nur mit recht kaltem Wasser befeuchtet; oder man nimmt seine Zuflucht zu der freilich auf die Dauer nicht ausreichenden Ernährung durch den Darm. Das Auspressen oder Ausfliessen der Nährstoffe aus diesem wird zuweilen durch recht tiefes Hineinschieben des weichen Darmrohrs oder durch das Einlegen eines eingeölten Wattetampons ins Rectum nach Application des Nährklysmas verhindert. Manche Patienten aber behalten weder von oben noch von unten in den Verdauungskanal eingeflösste Nahrung bei sich. Nach mühevollen Versuchen muss man von der, für den Arzt unangenehmen, das Wartepersonal

Digitized by Google

ungünstig beeinflussenden, den ermatteten Kranken nutzlosen, ja vielleicht schädlichen Maassnahme absehen.

Diese Unmöglichkeit, die in den betreffenden Fällen so nothwendige künstliche Ernährung zu besorgen, kann man in der psychiatrischen Praxis bei Paranoikern, welche im Banne ihrer Sinnestäuschungen und Wahnideen leben, bei Paralytikern nach schweren Anfällen und bei anhaltenden Aufregungszuständen, bei Patienten mit Manie, Melancholie, Katatonie und besonders mit Collapsdelirium, acuter Demenz, hallucinatorischer Verwirrtheit und den andern Formen von Erschöpfungspsychosen beobachten. Vor dieser Schwierigkeit steht man zuweilen auch bei solchen entkräfteten Geisteskranken, bei denen wegen einer Gastro-enteritis nach Intoxication, die sich unsere Kranken durch Suicidalversuche zuziehen können, wegen Typhus abdominalis, wegen eines Magengeschwürs, einer Unterleibsentzündung oder einer anderen körperlichen Complication die Sondeneinführung oder vorübergehend die Nahrungszufuhr vermieden werden muss.

Bei anhaltender Abstinenz werden die Mittel des geschwächten Körpers immer geringer. Die Ernährung aller Organe, vornehmlich auch die des kranken Gehirns, wird schwer geschädigt. Diese Schädigungen treten besonders als Störungen im Circulationsapparat in die Erscheinung. Sie sind hier um so bedenklicher, als eine abnorme Beschaffenheit des Blutes oder des Gefässsystems schon bei der Entwicklung mancher Psychosen eine sehr wichtige Rolle spielt und durch die grosse psychische und motorische Unruhe der Kranken viel Körperkräfte ausgegeben werden. In Folge des Missverhältnisses zwischen Einnahmen und Ausgaben sieht man jahraus, jahrein Kranke zu Grunde gehen, vornehmlich auch solche, von denen man sich sagen muss, dass sie an heilbaren Krankheitsformen litten.

Es lag daher der Gedanke nahe, nach Analogie der günstigen Erfolge, die von subcutanen Infusionen physiologischer, d. h. 0,5—0,75 procentiger Kochsalzlösung bei Collapszuständen von den Vertretern der inneren Medicin, der Chirurgie und der Geburtshülfe berichtet werden, diese Behandlungsmethode auch bei collabirten, die Nahrungsaufnahme durchaus verweigernden Geisteskranken anzuwenden.

0,5—0,75 procentige Kochsalzlösung ist ja einer der wichtigsten

Digitized by Google

Bestandtheile unseres Körpers; im normalen Zustande ist derselbe zu 75 pCt. aus ihr zusammengesetzt. Die ungeänderte Concentration dieser Lösung ist nach den Untersuchungen der Physiologen die Grundbedingung für die Leistungen des Herzens, für die Grösse und Arbeitsfähigkeit der rothen Blutkörperchen und somit für die Ernährung aller Werkzeuge des Körpers. Nach ihrer Quantität ist sie im Organismus unserer Kranken zweifelsohne vermindert. Bei der allgemeinen Abmagerung derselben sind nicht nur die Vorräthe an Eiweiss und Fett, sondern auch diejenigen an Kochsalzlösung reducirt. Der Inhalt des Gefässsystems hat abgenommen, der Puls ward leer und schwach, Collapserscheinungen stellten sich ein. Unter diesen Verhältnissen schien es wahrscheinlich, dass eine reichliche Infusion physiologischer Kochsalzlösung — wenn auch nur vorübergehend — das Flüssigkeitsquantum im Gefässsystem dem normalen Stand näher bringen und dadurch den darniederliegenden Gefässtonus steigern werde. Es war zu hoffen, dass durch diese Anregung der Circulation die Ernährung der Zellen gefördert und eine ausgiebigere Fortschwemmung der Stoffwechselproducte erzielt werden würde. Dem mit der Krankheit kämpfenden Organismus würde dann durch die Kochsalzinfusion eine wesentliche Unterstützung zu Theil, eine Unterstützung, die bei Bedarf jederzeit wiederholt werden könnte.

Darüber ist natürlich kein Zweifel, dass das eingeführte Wasser und Kochsalz allein nicht im Stande sind, das Leben auf längere Zeit zu erhalten. Der Tod wird aber voraussichtlich — ähnlich wie bei den Individuen, die keine Speisen, aber Wasser erhalten, — später eintreten, als bei solchen, denen auch dies nicht gereicht wird. In vielen Fällen von Schwächezuständen bei abstinirenden Geisteskranken kommt es nun in der That nur darauf an, dass ein vorübergehender Collaps gehoben wird. Geschieht dies, so kann der Patient vielleicht doch noch den Zeitpunkt erleben, wo seine grosse Unruhe nachlässt und die Nahrungszufuhr wieder möglich wird.

Diese Erwägungen schwebten uns vor, als wir im Stadtirrenhause zu Dresden (Oberarzt Dr. *Ganser*) bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken, bei denen die künstliche Ernährung nicht ausführbar war, Kochsalzinfusionen anzuwenden begannen.

Von intravenösen Infusionen, durch die die Chlornatriumlösung

Digitized by Google

direct ins Blut gebracht wird, mussten wir, trotz ihrer grösseren Vorzüge, bei Geisteskranken, speciell bei solchen, bei denen die Sondeneinführung schwierig ist, von vornherein absehen. Auch in der Hand eines Chirurgen würde die Ausführung dieser Operation bei unsern Kranken gefährlich sein. Wir begnügten uns mit subcutanen Infusionen; zuweilen beförderten wir die Resorption der eingeflossenen Lösung durch Massage. Die Technik dieser subcutanen Infusionen bestand in folgendem, einfachem Verfahren: Eine 15 cm lange, 3 mm dicke, vorn scharfe, vernickelte Hohlnadel, mit möglichst weiter Bohrung, ist durch 1 m langen Gummischlauch, an dessen unterem Ende sich ein Durchlaufshahn befindet, mit einem graduirten, mit Deckel versehenen Glasirrigator verbunden. Der Apparat wird sorgfältig sterilisirt und dann mit einer erwärmten Lösung von 7,5 g Chlornatrium in 1000 g destillirtem Wasser gefüllt. An einem Thermometer, der — ebenfalls sterilisirt — in den Irrigator gelegt ist, kann man die jeweilige Temperatur der umgeschüttelten Flüssigkeit ablesen. Die Nadel wird an der Brust, eventuell auch am Rücken oder am Oberschenkel tief ins Unterhautbindegewebe einer aufgehobenen Hautfalte eingestochen, nachdem die Haut an der betreffenden Stelle desinficirt ward. Nach Oeffnung des Durchlaufhahnes strömt die Flüssigkeit, die während der Infusion eine Temperatur von 39—37° C. haben muss, unter die Haut. Stockt der Zufluss, so kommt er oft durch eine Verschiebung der Nadel oder durch ein Senken und Heben des Irrigators wieder in Gang[1]).

Da es immerhin möglich ist, dass ein Gefäss angestochen wird, ist das Einströmen von Luft streng zu vermeiden. Nach Beendigung der Operation empfiehlt sich der Verschluss der durch Compression getrockneten Stichöffnung mit Jodoformcollodium.

---

[1]) Anmerkung: Da beim Einstechen der Nadel ins Unterhautzellgewebe das Lumen derselben zuweilen durch etwas Haut oder Fett oder geronnenes Blut verstopft ward, bedienen wir uns jetzt statt einer einfachen Nadel des *Beschorener*'schen Troikarts in der Dicke von 4 mm. Die übrigen Theile des Apparats sind unverändert. Der genannte Troikart verursacht weniger Schmerzen als die Nadel und ermöglicht die sofortige Beseitigung etwaiger beim Einstechen oder später eingetretener Verstopfungen. Herr Instrumentenfabrikant Dröll in Mannheim-Heidelberg hält alle Theile dieses Instrumentariums vorräthig. —

Digitized by Google

Der entstandene Tumor kann durch gelindes Massiren zertheilt werden.

Die Menge der infundirten Flüssigkeit hat bei den angestellten Versuchen 500—700 ccm betragen. Für das Einlaufen dieses Quantums sind meist zwei Einstiche nöthig gewesen. In einzelnen Fällen wurden eine Zeit lang täglich zwei Infusionen ausgeführt. Sehr schmerzhaft ist die Operation nicht. Bei sehr empfindlichen Kranken empfiehlt sich die locale Anästhesirung mit Aetherspray. Abscesse sind an den Injectionsstellen nie entstanden.

Nach dem Vorschlage von *Gaule* (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 16. Jahrgang, 1886, No. 15, Seite 428) wurde bei einem Theil der vorgenommenen Infusionen der Kochsalzlösung 0,005 pCt. Natronhydrat zugesetzt; bei den meisten ist dies nicht geschehen. Einen Unterschied in der Wirkung dieser Flüssigkeiten konnten wir nicht finden. Eine ausgesprochen alkalische Reaction der Lösung wird durch den genannten Zusatz nicht erzielt. Eine solche schien zwar von vornherein indicirt, da ja das Blut alkalisch reagirt. Es sind auch von verschiedenen Aerzten alkalisch reagirende Flüssigkeiten infundirt worden. Sehr beherzigenswerth sind aber hiergegen die Versuche von *Kronecker* (Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte. 16. Jahrgang, 1886, No. 18, Seite 502). Derselbe berichtet, dass bei einem 6650 g schweren Hund, dem 340 ccm Blut entzogen worden waren, nach einer intravenösen Infusion von 340 ccm 0,6 pCt. neutraler Kochsalzlösung günstige Erfolge eintraten, während ein 5050 g schwerer Hund, der nur 200 ccm Blut verloren hatte, nach einer intravenösen Infusion von 200 ccm 0,6 procentiger Kochsalzlösung, der noch 0,1 pCt. Natron carbonicum zugesetzt war, zwar momentan besser ward, aber nach drei Stunden starb. Er hält demnach Infusionen mit alkalisch reagirender Kochsalzlösung für gefährlich. *Kronecker* spricht zwar von intravenösen Infusionen; doch sind seine Warnungen wohl ohne Weiteres auch auf unsere Anwendungsweise zu übertragen.

Bei der ersten Beobachtung, die ich über Kochsalzinfusionen gemacht habe, handelte es sich nicht um eine Geisteskranke, sondern um ein an Ulcus ventriculi leidendes Mädchen, das wir im Winter 1888/89 auf der 2. inneren Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Dresden zu behandeln hatten. Der Kranken konnte wegen

Digitized by Google

frischer Magenblutung keine Nahrung gestattet werden. Trotz Nährklystieren und Stimulantien kam sie schnell aufs Aeusserste herunter. Sie klagte über Magenschmerzen und Aufstossen und erbrach zeitweise schwärzlich gefärbte Massen. Sie war im äussersten Grade anämisch und entkräftet. Vor Schwäche konnte sie kaum sprechen. Die Augen waren meist geschlossen; öffnete sie dieselben, so war der Blick matt. Die Wangen waren eingesunken. Der Puls war beschleunigt, klein und leer.

Eine zweimalige Infusion von je $^1/_2$ Liter physiologischer Kochsalzlösung von 39—37° C. brachte der Patientin wesentliche Besserung. Sie fühlte sich erheblich gestärkt; die grosse Hinfälligkeit ward geringer, das Herz arbeitete langsamer, die Pulswelle ward kräftiger.

Leider griff das Magengeschwür weiter um sich und arrodirte eine Magenarterie, aus der sich das Mädchen einige Tage später plötzlich verblutete. —

An die auffallende, vorübergehende Besserung der darniederliegenden Körperkräfte dieser Patientin erinnerten wir uns im Herbst 1890 bei der Behandlung eines Paranoikers, des 25jährigen F.

Derselbe ist hereditär nicht belastet. Er wird als ein intellectuell gut beanlagter, von jeher nervöser, phantastischer und körperlich schwächlicher Mensch geschildert. Nach seiner Schulzeit zog er in fremden Ländern umher, soll ein tüchtiger Violinist gewesen sein, sich aber stets in Geldverlegenheiten befunden haben. 1888/89 ist er ein Jahr lang geisteskrank gewesen; über diese Krankheit erfuhr man nur, dass F. sich eingebildet habe, ein Fisch zu sein. Weihnachten 1889 kam er zu seinen Eltern nach Dresden zurück, zeigte sich hier oft aufgeregt, grübelte viel, hatte grosse Pläne für seine Zukunft. Anfang September 1890 ward der schon einige Zeit sehr verstimmte Mensch immer deprimirter und verschlossener: am 8. September kam er nach einem schweren Selbstmordversuch ins Stadtirrenhaus zu Dresden. Der hochaufgeschossene, blasse, schwächliche, der Phthise verdächtige Patient war hier unzugänglich und misstrauisch, sprach oft plötzlich laut und gereizt und machte den Eindruck eines Hallucinanten, stellte das Vorhandensein von Sinnestäuschungen aber in Abrede. Seine Redeweise war geschraubt, phrasenhaft und oft unzusammenhängend. Ueber auffallende Handlungen, die er zuweilen plötzlich unternahm, gab er keine genügende Erklärung. Ende September ward er sehr aufgeregt, beklagte sich schwer über Verfolgungen, äusserte Lebensüberdruss und ass fast nichts. Er hörte Musik, vernahm beleidigende Reden, sah Gestalten vorüberziehen, fühlte elektrische Ströme durch seinen Körper gehen und war in grosser Angst. Nach Ablauf dieses Erregungszustandes ward er Ende October still, sehr deprimirt, verweigerte energisch die Nahrung und

Digitized by Google

setzte der mehrfach versuchten Sondenfütterung den verzweifeltsten Widerstand entgegen. Durch seine Sinnestäuschungen und Wahnideen ganz von der Wirklichkeit abgezogen, lag er benommen in seinem Bett. Anfang November war er aufs Aeusserste heruntergekommen. Da die Pulsbeschaffenheit immer bedenklicher ward, wurde am 2. November eine Infusion von 500 ccm 0,75 procentiger Kochsalzlösung gemacht. Nach wenigen Stunden hoben sich seine Kräfte; er ward bald etwas klarer und theilnehmender, nahm Milch zu sich, verlangte selbst nach Nahrung und erholte sich in einigen Wochen so weit von seiner Entkräftung, dass im December die Ueberführung des Kranken in eine Pflegeanstalt, deren Ausführung uns schon unmöglich erschienen war, bewirkt werden konnte.

Dieser Fall erregte unser lebhaftes Interesse. Es war uns verständlich, dass sich der gesunkene Kräftezustand des Kranken bald nach der Infusion wieder verbesserte. In dem flüssigkeitsarmen Körper ward die ins Unterhautbindegewebe eingeführte Kochsalzlösung schnell resorbirt; die Circulationsverhältnisse wurden belebt, vielleicht wurden auch zurückgehaltene Stoffwechselproducte, die ähnlich wie bei der Urämie verderblich auf das Centralnervensystem einwirken können, in ausgiebigerer Menge aus dem Körper entfernt. Unerklärlich blieb uns aber, dass der Kranke bald nach der Infusion nicht nur ohne Widerstreben, sondern einige Male deutlich auf eigenes Verlangen Nahrung zu sich nahm. Er war so energisch in seiner Abstinenz gewesen, dass eine Beeinflussung durch die kleine Operation der Infusion selbst nicht wahrscheinlich erschien. Wir glaubten bemerkt zu haben, dass ihm wirklich Hunger und Durst wieder zur Empfindung gekommen waren; es lag die Vermuthung nahe, dass dem Kochsalz, das ja in concentrirten Lösungen ein sehr energischer Reiz für den mit seinem Muskel herausgeschnittenen Nerven ist, auch in verdünnteren Lösungen eine Wirkung auf die Nervenapparate für Hunger und Durst zuzuschreiben sei, eine ähnliche Wirkung, wie man sie nach dem Genuss gesalzener Speisen oder beim Aufenthalt in der salzgeschwängerten Atmosphäre des Seebadeortes empfindet.

Um festzustellen, ob die Geneigtheit der Kranken nach einer Kochsalzinfusion wieder freiwillig Nahrung zu sich zu nehmen, auch in anderen Fällen aufträte, habe ich mit gütiger Erlaubniss von Herrn Prof. *Kraepelin* im Laufe des Sommers 1891 in der Irrenklinik zu Heidelberg diese Operation bei energisch Abstinirenden wiederholt vorgenommen und zwar, da die Fälle, bei denen der

Digitized by Google

Collaps mit einer Schwierigkeit der Sondenfütterung complicirt ist, selten sind, auch bei solchen collabirten, Nahrung verweigernden Kranken, bei denen die Sondenernährung möglich gewesen wäre. Ueber diese Beobachtungen ist nach den vorliegenden Notizen Folgendes mitzutheilen:

1. Der 31jährige Landwirth W., (Paranoia), in dessen Ascendenz Geisteskrankheiten vorgekommen sind, war früher körperlich und geistig normal. Seit drei Jahren hat seine Umgebung an ihm ein verändertes Wesen und wiederholt schwere Depressionszustände von der Dauer mehrerer Wochen wahrgenommen. Im Juni 1891 ward er wiederum sehr wortkarg und traurig, war bei seinen Arbeiten hastig, in seinem Benehmen oft zerstreut, beschäftigte sich viel mit religiösen Fragen und hatte Wahnideen meist beeinträchtigenden Charakters. Am 14. Juli ward er in die Irrenklinik zu Heidelberg gebracht. Er gab hier anfangs gute Auskunft über seine Gedanken, erzählte, „der Sinn" gäbe ihm allerlei ein, ein höheres Wesen beeinflusse seine Reden und Handlungen. Bald ward er aber stumm, zeigte Flexibilitas cerea, sprang einige Male plötzlich auf und schlug hastig auf seine Wärter los. Meist war er ganz starr, lag regungslos mit niedergeschlagenen Augen in seinem Bett und schien durch Gefühls- und Gehörshallucinationen wohl friedlichen Inhalts in allen normalen psychischen Functionen gehemmt.

Nahrung hatte er schon früher unregelmässig zu sich genommen: vom 5. bis zum 10. August hatte er gar nichts genossen. Nachdem alles Zureden vergeblich gewesen war, und die Körperkräfte, speciell das Körpergewicht schnell abnahmen, ward am 10. August vormittags 10 Uhr eine Infusion von 600 ccm 0,75procentiger ClNa-lösung ausgeführt. Gegen 11 Uhr richtete sich der Patient in seinem Bett auf, sah im Zimmer umher, nahm die ihm dargebotene Nahrung ohne Zögern zu sich, sprach und verlangte selbst nach Wasser und weiteren Speisen. Am Vormittag nahm er nach und nach $2^1/_2$ Becher Milch, 2 Becher Wasser und 2 Brödchen, am Mittag Suppe, Gemüse und Brod und 1 Becher Wasser, nachmittags Kaffee und 1 Brödchen, dann 1 Glas Wein, 1 Stück Fleisch, 1 Stück Brod und einen Becher Wasser und am Abend noch sein in Suppe und Brod bestehendes Abendessen zu sich. Er ertheilte auf Befragen Auskunft über seine frühere Nahrungsverweigerung, und zwar gab er an, „das Gewissen" hätte ihm früher zu essen verboten, heute habe es ihm dies erlaubt. In der Folgezeit verfiel er wieder in Schweigen. Mit geringen Unterbrechungen hat er aber bis heute gegessen, bisweilen in sehr gieriger Weise: so beträchtliche Quantitäten, wie am Tage der Infusion, hat er jedoch nicht wieder zu sich genommen. Was seine Gewichtsverhältnisse anbetrifft, so wog er am 5. August, zu einer Zeit also, wo er bereits abstinirte: 110 Pfund und hatte am 12. August, 2 Tage nach der Infusion, schon wieder 117 Pfund erreicht.

Digitized by Google

Sodann ist über die Infusion bei einer 67jährigen Melancholica Frau M. zu berichten.

2. Die Frau stammt aus gesunder Familie und war früher in der Hauptsache gesund. Nur war sie 1 Jahr nach ihrer, Ende der 30iger Lebensjahre erfolgten Verheirathung 2 Monate lang in der Irrenheilanstalt Illenau. Nach ihrer Entlassung von da versorgte sie ihr Hauswesen sehr tüchtig und soll eine sehr intelligente Frau gewesen sein. Im December 1889 erkrankte sie mit grosser Angst, hatte Verfolgungsideen, peinigte sich mit Selbstanklagen, schlief nicht, ass wenig und wurde am 27. December 1889 in die Heidelberger Irrenklinik gebracht, wo sie sich noch jetzt befindet. Bei ihrer Aufnahme wog sie 187 Pfund. Die Nahrungsaufnahme war eine äusserst geringe, bald ass sie eine kleine Quantität, bald ward sie künstlich gefüttert. Ihr Körpergewicht nahm immer mehr und mehr ab und sank bis Mitte April 1891 auf 80 Pfund; die Kranke hatte somit im $^3/_4$ Jahren um 107 Pfund abgenommen. Da die Kranke von selbst nur ganz wenig Nahrung nahm, musste sie während des ganzen Sommersemesters regelmässig mit der Sonde ernährt werden, wobei ihr Körpergewicht erst lange Zeit gleich blieb, dann allmählich anstieg. Letzteres erfolgte besonders nach einer Aenderung des Fütterungsgemisches. Im Sommer 1891 war die Kranke noch immer in steter ängstlicher Unruhe, machte mit den Vorderarmen stundenlang zitternde Bewegungen, war voll von Kleinheitsideen und machte in ihrer tiefen Selbstverachtung häufig phantastische Vorschläge, wie man sie auf eine möglichst grausame Art quälen und hinrichten solle. Es ist hervorzuheben, dass die Kranke vollständig besonnen war und durchaus sterben wollte.

Obwohl kein Collaps bestand, ward am 18. August wegen der anhaltenden Nahrungsverweigerung eine Infusion von 500 ccm 0,75 procentiger Kochsalzlösung vorgenommen. Die Operation war vollständig erfolglos. Die Kranke nahm nach wie vor keine Nahrung zu sich und musste weiter mit der Sonde ernährt werden, auf welche Weise ihr Körpergewicht nach und nach angestiegen ist. Mitte December betrug es 104 Pfund, Ende December starb die Frau an Gesichtserysipel.

3. 25jährige Frau S. (circuläres Irresein?) stammt aus gesunder Familie, hat in der Schule gut gelernt, ist seit 8 Jahren verheirathet und hat drei gesunde Kinder. Die letzte im August 1889 stattgehabte Entbindung griff sie sehr an. Von November 1889 bis zum Frühjahr 1891 soll sie traurig, missmüthig und zuweilen lebensüberdrüssig gewesen sein, hat aber immer fortgearbeitet. Im Frühjahr 1891 schlug die Verstimmung plötzlich um. Die Kranke ward sehr lebendig, redselig und streitsüchtig. Anfang August steigerte sich diese Erregung. Stimmungswechsel und lebhafter motorischer Drang stellten sich ein. In ganz verwirrtem Zustande kam sie am 18. August in die Klinik nach Heidelberg. Sie war sehr laut, redete ganz unverständliches, unzusammenhängendes Zeug, war meist in heiterer

Digitized by Google

Stimmung, sprang rastlos umher, verhielt sich sehr unsauber und zeigte Neigung zu Gewaltthätigkeiten. Wegen zu grosser Unruhe musste sie isolirt werden.

In der ihrer Aufnahme vorhergegangenen Woche hatte sie nur wenig gegessen und getrunken. In der Klinik nahm sie vom 18. bis zum 22. August ausser 1 Tasse Kaffee am 19. August absolut nichts zu sich. In Folge ihres äusserst mangelhaften Kräftezustandes erhielt sie am 22. August mittags eine Infusion von 600 ccm Chlornatriumlösung. Die Kranke, die vorher durchaus nicht im Bett zu halten gewesen war, blieb von genanntem Tage ruhig liegen, begann einige Stunden nach der Infusion Nahrung anzunehmen und verzehrte bis zum Abend 2 Tassen Milch, 1½ Tassen Wasser, 1 Tasse Kaffee, 3 Tassen Wein, 1 Stück Schwarzbrot und 3 Spiegeleier. Auf Befragen bejahte sie heftigen Durst zu empfinden.

Auch an den folgenden Tagen ass sie genügend und hat sich körperlich allmälig wieder erholt. Ihre Verwirrtheit und ihre maniakalische Erregung sind bis Mai 1892 noch nicht abgeklungen.

4. 26jährige Frau Ma. (circuläres Irresein), stammt aus einer Familie, in der schon mehrfach Geisteskrankheiten vorgekommen sind. Sie selbst war einmal kurz vor, einmal bald nach ihrer Verheirathung und einmal nach dem Tode ihres ersten Kindes in pathologischem Grade Monate lang deprimirt, in der Zwischenzeit aber theils lustig und ausgelassen, theils verstimmt und reizbar. Ungefähr 10 Tage nach ihrer Ende Juli 1891 erfolgten zweiten Entbindung ward sie sehr unternehmend, schlief schlecht, zeigte eine gehobene, meist heitere Stimmung und gerieth schnell in so grosse motorische Unruhe, dass am 21. August 1891 ihre Aufnahme in die Heidelberger Irrenklinik erfolgen musste. Die Kranke zeigte hier einen hohen Grad von Verwirrtheit, sprach unausgesetzt, ihre sich oft verwirrenden Reden waren unzusammenhängend. Sie war sehr laut, konnte nicht im Bett gehalten werden, war gewaltthätig und unrein. Die Stimmung war meist heiter. Der Schlaf war schlecht.

Während die grosse psychische und motorische Unruhe die Kräfte der Kranken sehr in Anspruch nahm, war dieselbe nur zur Aufnahme geringer Mengen von Nahrung zu bewegen. Nachdem sie einige Tage abstinirt hatte, ward auch ihr Zustand Anfang September bedenklich. Am 6. und 7. September ass sie ebenfalls nur wenig. Am 8. September ward wegen Verschlechterung des Pulses eine Kochsalzinfusion von 500 ccm gemacht. Darnach war das Nahrungsbedürfniss der Patientin erhöht. Dieselbe nahm 3 Tassen Milch, ½ Teller Suppe, ½ Portion Gemüse und 1 Portion Compot mehr als am vorhergegangenen Tage zu sich, blieb nach der Infusion den ganzen Tag im Bett liegen und delirirte wesentlich weniger als vorher. Der Puls, der vor der Operation 88 gewesen war, verminderte seine Frequenz auf 72. Er ward deutlich voller und kräftiger.

Digitized by Google

Auch am 9. September nahm die Kranke des Morgens und des Mittags ihre Mahlzeiten zu sich. Da sie aber am 9. abends und am 10. früh sich wiederum der Nahrung enthielt, wurde am 10. vormittags noch einmal eine Kochsalzinfusion und zwar von 700 ccm ausgeführt, welche wiederum eine Hebung der Herzthätigkeit, eine Besserung des Allgemeinbefindens und speciell eine sehr erhebliche Steigerung der Nahrungsaufnahme zur Folge hatte. Das Körpergewicht, das am 7. September 94 Pfund betragen hatte, war trotzdem am 14. September nur 90 Pfund.

In der Folgezeit blieben die Verwirrtheit und die Unruhe in gleicher Weise weiter bestehen. Die Kranke nährte sich aber genügend und hat keine weiteren Collapszustände bekommen, obwohl das Gewicht bis zum 9. November 1891 auf 83 Pfd. gesunken war. — Anfang Januar 1892 wurde Frau Ma. plötzlich klar und konnte mit einem Körpergewicht von 104 Pfd. am 28. Januar vom Anfall geheilt entlassen werden.

5. 40jährige Frau N. (Collapsdelirium). Eine Schwester derselben war nach einer Entbindung geisteskrank. Die Kranke selbst war als Kind scrophulös. Geistig war sie gut beanlagt und war als eine lebenslustige, intelligente Frau bekannt. Im 38. Jahre verheirathete sie sich. Dem Alkoholgenuss war sie, als Gastwirthstochter, nicht abhold. Nach 2 früheren Fehlgeburten ward sie am 7. September 1891 von einem kräftigen Kind entbunden. An den ersten Tagen des Wochenbettes bestand Fieber. Seit dem 9. September war die Kranke anhaltend erregt und confus und schlief schlecht. Allmälig ward sie sehr laut, führte ganz verworrene Reden, sah Gestalten und hörte Stimmen und musste am 16. September in die Heidelberger Irrenklinik gebracht werden. Auch hier sprach sie in ideenflüchtiger Weise, war in sehr gehobener, meist heiterer Stimmung, sang, machte Reime, tanzte im Zimmer umher, suchte die Eine zu küssen, die Andere zu kratzen und zu schlagen, war sehr erotisch und stand unter dem Einfluss zahlreicher, phantastischer Gesichts- und Gehörstäuschungen. Die Verwirrtheit und Unruhe steigerte sich an den ersten Tagen ihres hiesigen Aufenthaltes noch mehr, die Kranke muthete dem geschwächten Körper ungeheure Anstrengungen zu.

Dabei nahm sie am 17. nur $1^1/_2$ Liter Milch und 1 Teller Suppe zu sich; am 18. stiess sie alle Nahrung von sich und war so unlenksam, dass sie isolirt werden musste. Auch am Morgen des 19. gelang es nicht, ihr Nahrung beizubringen. Die motorische Erregung, das lebhafte Halluciniren, die Gedankenflucht blieben im Gleichen. Da der Kräftezustand sich schnell verschlechterte, wurde am 19. mittags eine Kochsalzinfusion von 500 ccm vorgenommen. Um 1 Uhr nahm die Kranke ihre vollständige Portion 2. Klasse zu sich, trank Wein, bat noch um Obst und genoss abends noch $^1/_2$ Liter Bier. Seit Ende September ward die Kranke plötzlich klar. Das Körpergewicht konnte zur Zeit der Infusion wegen ihrer grossen Unruhe nicht festgestellt werden.

Digitized by Google

In der Reconvalescenz besann sich die recht gebildete Kranke auf Vieles, was während ihrer grossen Unruhe vorgegangen war. Sie erzählte von Bildern, die sie gesehen, von den Stimmen, die sie gehört, von den Ideen, die sie gehabt. Auch an die Infusion erinnerte sie sich und gab an, nach derselben grossen Appetit und Durst empfunden und sich besonders über den kühlenden Geschmack des genossenen Obstes gefreut zu haben. An Dr. *Tanner*, sagte sie, habe sie denken müssen und gemeint, derselbe habe seine Hungercur aushalten können, weil er Wasser trinken durfte, und habe sich über einen Trunk Wasser gewiss ebenso gefreut, wie sie über die Getränke, mit denen sie ihren brennenden Durst löschte. In einem Brief an ihre Verwandten schilderte sie die Infusion, ihren Durst und die Hebung ihres Schwächezustandes folgendermaassen: „— — da fanden mich die Aerzte in einem solch schwachen Zustande, dass sie sehr besorgt wurden, (wie mir Dr. *Ilberg* sagte), und beschloss dieser Arzt mir eine Einspritzung mit Salzwasser zu machen; sie stachen mir rechts und links ober dem Brustkasten hinein und pumpten das Salzwasser hinein, was zur Folge hatte, dass ich dann Appetit bekam, und erinnere mich genau, wie ich jenen Tag Durst und auch Hunger bekam, und war dies schon eine gute Bedeutung; so vergingen noch einige Tage, bis ich ruhiger wurde, und dann kam ich wieder auf die Klinik“ u. s. w. — Am 11. Nov. 1891 wurde sie geheilt entlassen.

Eine sehr werthvolle, nach meiner dortigen Assistentenzeit gemachte Beobachtung aus der Dresdner Anstalt hat mir Herr Oberarzt Dr. ***Ganser*** gütigst überlassen:

Die 24jährige Fabrikarbeiterin R. (hallucinatorische Verwirrtheit) stammt aus gesunder Familie und war selbst früher in der Hauptsache gesund. 1886 hat sie sich verheirathet und hat in der Ehe 2 gesunde Kinder geboren. Sie lebte in ärmlichen Verhältnissen. Im März 1891 erkrankte sie an Typhus abdominalis. Geistige Abnormitäten fielen während der Krankheit nicht auf; nur Mitte April war sie in einer Nacht sehr unruhig und sah Feuer. Am 22. April war die Patientin entfiebert. In der Reconvalescenzperiode traten Anfang Mai plötzlich lebhafte, beängstigende Sinnestäuschungen auf, an die sich Aufregungszustände anschlossen. Vom 8. Mai ab ward die Kranke ganz verwirrt, ass nicht, schlief nicht, unternahm verkehrte Handlungen und musste deshalb am 19. Mai ins Stadtirrenhaus zu Dresden gebracht werden. Schon bei der Aufnahme befand sie sich im denkbar schlechtesten Ernährungszustande. Haut und Schleimhäute waren äusserst blass, die Kranke war sehr abgemagert, ihr Körpergewicht betrug 78 Pfund. Mit ängstlichem Gesichtsausdruck lag sie zusammengekauert in ihrem Bett, regte sich nicht, war theilnahmlos gegen alle Vorgänge in ihrer Umgebung. Allen passiven Bewegungen setzte sie heftigen Widerstand entgegen, sie sprach von selbst kein Wort und reagirte meist weder auf Anreden noch

Digitized by Google

auf Fragen; einmal gab sie an, sie meine vor dem Tribunal zu stehen. Ihr Benehmen deutete auf lebhaftes Halluciniren hin. Nach vorübergehendem Aufregungszustand ward die Kranke Ende Mai in noch höherem Grade benommen und machte selbst bei heftigen Nadelstichen nur langsame Abwehrbewegungen. Da der Kranken mit dem Löffel nur wenig Nahrung beigebracht werden konnte und das Körpergewicht am 1. Juni auf 75 Pfund heruntergegangen war, wurde vom 3. Juni ab die Sondenfütterung täglich zweimal ausgeführt. Dennoch sank das Körpergewicht bis zum 7. Juni auf 73½ Pfund. An den folgenden Tagen wurden die Verhältnisse noch dadurch complicirter, dass die Kranke die mit der Sonde eingeführte Nahrung wieder erbrach, dass sich ein Abscess am Ellenbogen entwickelte und die Gefahr des Druckbrands immer grösser ward. — Die Kräfte lagen aufs Aeusserste darnieder. Zu dieser Zeit der höchsten Gefahr machten die Dresdner Collegen am 12. abends und am 13. früh je eine subcutane Infusion von 500 ccm 0,7 procentiger Kochsalzlösung. Der Erfolg war ein vorzüglicher. Die Patientin sprach einige Worte, begann um sich zu sehen und nahm Nahrung zu sich. Am 14. wog sie bereits wieder 74 Pfund. Am 15. ward die Infusion noch zweimal wiederholt, die freiwillige Nahrungsaufnahme hielt an, das Sensorium blieb etwas freier. Am 21. betrug das Körpergewicht bereits wieder 77 Pfund.

Die hochgradige körperliche Schwäche besserte sich in der Folgezeit ganz langsam. Das anfangs noch vollständig darnieder liegende geistige Leben erwachte von Mitte Juli ab allmälig wieder zu neuer Thätigkeit. Im August konnte die Kranke hie und da das Bett verlassen, war aber noch immer verwirrt; im September besuchte sie den Garten und ward mit einem Körpergewicht von 90 Pfund geistig viel freier in die K. S. Landesheilanstalt zu Sonnenstein überführt.

Im October 1891 habe ich von einer Arbeit des Herrn Dr. *A. Mercklin* Kenntniss erhalten, der bei einer an „Delirium acutum“ leidenden Patientin, die Alles mit der Sonde Eingeführte wieder erbrach, per anum eingegossene Flüssigkeit nicht im Darm behielt und im höchsten Grade collabirt war, 0,3 pCt. Kochsalzinfusionen mit sehr gutem Erfolg ausgeführt hat. Ich stimme mit seiner bereits im Januar 1891 dem Druck übergebenen Empfehlung von Kochsalzinfusionen in Fällen schwersten Collapses vollständig überein, halte aber die Verwendung 0,75 procentiger Kochsalzlösung für besser. Die Arbeit des Herrn Collegen *Mercklin* ist in *Erlenmeyer*'s Centralblatt für Nervenheilkunde, Jahrg. 1891 Seite 101 ff., publicirt. — Ich lege Werth darauf, dass auch in diesem Falle kurz nach der Kochsalzinfusion spontane Nahrungsaufnahme erfolgte. —

Digitized by Google

Zweierlei haben wir aus den vorstehenden Beobachtungen gelernt. Erstens ist durch die Kochsalzinfusion die drohende Collapsgefahr, soweit sie bei den angeführten Abstinirenden vorhanden war, gehoben worden. Zweitens ward fast bei Allen auch die Nahrungsverweigerung selbst wenigstens vorübergehend beseitigt. Die dargebotenen Speisen und Getränke wurden mit ganz auffallender Hast verzehrt; mehrfach sprachen die Patienten auch spontan ihr Verlangen darnach aus.

Die günstige Wirkung auf den Collaps der Abstinirenden bekräftigte auch folgendes Experiment:

Ein Hund bekam — mit Ausnahme einer aus einem anderen Grunde am 4. Tag verabreichten Mahlzeit — 13 Tage lang weder feste noch flüssige Nahrung. Sein Körpergewicht verminderte sich während dieser Hungerperiode von 7620 auf 5320 g. Am 14. Tag war das Thier aufs Aeusserste heruntergekommen, konnte sich kaum aufrecht erhalten, drückte sich in einer Ecke des Stalles herum, liess den Schwanz hängen, bellte nicht, wie früher, wenn Personen in seiner Nähe kamen, lief ihnen nur einige Schritte schwankend entgegen, blieb dann theilnahmlos und ging nicht zur Seite, wenn man ihm entgegenlief. Seine Herzaction war sehr schwach, unregelmässig nach Zeit und Intensität, der Pulsschlag setzte oft aus.

Am 14. Tag ward ihm eine subcutane Infusion von 100 ccm physiologischer Kochsalzlösung gemacht; die Flüssigkeit wurde schnell resorbirt. Nach einer halben Stunde schüttelte sich das Thier und begann langsam umherzulaufen. Nach einer Stunde kletterte es mir von selbst an die Kniee empor, leckte meine Hände, wedelte mit dem Schweif, ward munterer und theilnehmender und bellte einige Mal ganz lebhaft, als andere Hunde in der Ferne anschlugen. Der Puls ward voller und setzte nicht mehr aus, obwohl noch starke und schwächere Schläge mit einander abwechselten. Die Temperatur des Körpers, im Rectum gemessen, stieg um 1° C. Die Infusion war also von recht günstiger Wirkung gewesen. —

Diese Wirkung kam offenbar einerseits durch eine stärkere Füllung der Gefässe und deren Consequenzen, zu denen auch eine ausgiebigere Fortschwemmung der Stoffwechselproducte gehört, zu Stande. — Gerade diesen Stoffwechselproducten ist vielleicht, wie bei der Urämie, ein schädlicher Einfluss auf das Centralnervensystem zuzuschreiben. — Andrerseits scheint aber die Flüssigkeit selbst einen hervorragenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Herzens zu haben. Vermag doch in der *C. Ludwig*'schen Flüssigkeit, die im Wesentlichen auch nur aus einer 0,5—0,75 procentigen Kochsalzlösung besteht, ein aus dem Organismus des lebenden

Digitized by Google

Thieres herausgeschnittenes Herz noch lange fortzuarbeiten, das des Frosches z. B. noch 10 Tage lang. —

Um den Ursachen für die Beseitigung der Nahrungsverweigerung bei den Abstinirenden wenigstens einigermaassen auf die Spur zu kommen, habe ich an mir selbst folgenden Versuch unternommen:

Ich verminderte meine Nahrung auf eine geringe, täglich gleichgrosse Ration und erreichte dadurch, dass mein Körpergewicht in gleichmässig absteigender Curve abnahm. Die Harnmenge ward erheblich geringer, das specifische Gewicht des Urins stieg, und die tägliche Ausscheidung von Stickstoff mit dem Harn, die ich durch Titriren mit salpetersaurer Quecksilberoxydlösung (*Wesener*, Lehrbuch der chemischen Untersuchungsmethoden, 1890, Seite 62) feststellte, sank auf ca. 16 g Stickstoff pro die herab.

Während dieser Zeit liess ich mir durch meine Collegen eine subcutane Infusion von reichlich 500 ccm 0,75 procentiger Kochsalzlösung machen. Natronhydrat war dieser Lösung nicht zugesetzt.

Einige Zeit später ward mir zu Muth, als ob ich ein Glas starken Wein getrunken hätte; ich fühlte mich kräftiger und lebhafter, während ich zu derselben Abendzeit an den Tagen vorher bei der fast gleichen Tagesarbeit recht matt gewesen war. Eine Stunde nach der Infusion stellte sich sehr starker Speichelfluss ein. Der Speichel hatte einen herben und scharfen Geschmack und verursachte ein leichtes Brennen an der Zunge. An derselben hatte ich die Empfindung, als ob ich sehr heisse Suppe gegessen oder etwas Beitzendes, z. B. Apfelsinenschaale, gekaut hätte. Ich empfand ein lebhaftes Bedürfniss nach Trank oder Speise. Von einem Quantum dieses Speichels hatte Herr Apotheker Dr. *Vulpius* die Gefälligkeit, den Chlornatriumgehalt zu bestimmen. Derselbe betrug 0,0989 pCt.

Eine grössere geistige Lebhaftigkeit hielt bis zum Abend an; ich konnte erst spät einschlafen und wachte des Nachts mehrere Male auf, was spontan sonst nie bei mir der Fall ist. Vermehrte Speichelsecretion war mir auch noch am folgenden Tage, wenn auch minder stark, bemerklich. Am Morgen nach der Infusion fühlte ich zudem ein leichtes Brennen in den Augen und — vielleicht durch stärkere Thränenabsonderung veranlasst —, einen leichten Schnupfen.

Digitized by Google

Ich bin nach der Infusion, obwohl Durst vorhanden war, noch 24 Stunden unter denselben Ernährungsbedingungen geblieben, wie an den Tagen vorher. Trotzdem reducirte sich das Körpergewicht an diesem Tage nicht wie früher, sondern stieg merkwürdiger Weise um etwas mehr als 1 Pfund. Die Harnmenge war gering, das specifische Gewicht war hoch; die mit dem Harn erfolgende Stickstoffausscheidung betrug an diesem Tage aber nur 13 g. —

Die Kochsalzinfusion scheint demnach die Nahrungsverweigerung durch die Folgen einer chemischen Reizung der Secretionsnerven z. B. der Chorda tympani zu beseitigen. Der reichlich abgesonderte Speichel rief bei mir eine unangenehme Empfindung auf der Zunge hervor, die ich gern durch Trinken oder Essen fortgebracht hätte. Wenn der Durst bei den Kranken auf dieselbe Weise hervorgebracht worden ist, wäre eine genügende Erklärung für die auffallende Thatsache ihres gesteigerten Appetites nach der Infusion gefunden. Bei ihnen ist ausserdem zu bedenken, dass nach geschehener Hebung des Collapses ihr Allgemeinbefinden gebessert war, auch das psychische, und Hunger und Durst ihnen wieder deutlich zum Bewusstsein kommen konnten.

Gewiss werden nicht alle abstinirenden Geisteskranken nach Kochsalzinfusionen ihre zum Theil auf fixirten Wahnideen beruhende Nahrungsverweigerung aufgeben, wie uns dies auch der bei Frau M. misslungene Versuch lehrt. In solchen Fällen wird man zur Sondenfütterung zurückkehren. Weitere Erfahrungen werden die Indicationen für Infusionen gegenüber den Indicationen für die künstliche Ernährung klarer zu stellen haben. Gegenwärtig scheint mir der Grad von Energie und Besonnenheit, über den die Patienten verfügen, für die consequente Durchführung ihrer Abstinenz von Wichtigkeit zu sein. Planmässig hungernde Kranke lassen sich auch durch unangenehme Empfindungen auf der Zunge oder Aehnliches schwer gegen ihre Vorsätze zum Essen und Trinken bestimmen, Patienten mit Verfolgungsideen werden vielleicht gerade den eintretenden Speichelfluss in feindlichem Sinne deuten, solche mit Versündigungsideen werden sich auch in die Qualen des Durstes in ihrem Kleinheitswahn zu fügen wissen. Verwirrte Kranke sind jedoch durch derartige Empfindungen anscheinend eher zu beeinflussen. Wie sie Sinnestäuschungen ohne weitere Bedenken auffassen, und im Sinne ihrer Stimmungen triebartig handeln, so

Digitized by Google

werden sie sich auch durch reelle Sinneswahrnehmungen und durch starke Gemeingefühle leiten lassen. Die Infusionstherapie wird mit allen ihren Consequenzen bei ihnen auch besonders werthvoll sein, da ihre Krankheit meist auf dem Boden schwerer Erschöpfung zur Entwicklung kommt. Die verwirrten Kranken, bei denen unser Verfahren zur Anwendung kommt, leiden meist an Inanitionspsychosen. Dieser Name sagt ja schon, dass die Menschen, die von einer der klinischen Formen dieser Krankheitsgruppe befallen werden, erfahrungsgemäss schwache, elende Individuen sind. Oft waren sie durch eine acute oder constitutionelle körperliche Krankheit, durch das Wochenbett, durch Kummer und Noth oder dergl. entkräftet. Nun erkrankten sie psychisch, wurden durch Schlaflosigkeit, Unruhe und Aufregung, durch die rastlose Thätigkeit aller Sinnes- und Bewegungsapparate sehr geschwächt, nahmen dabei keine Nahrung zu sich und kamen so aufs Aeusserste herunter. Wenn durch eine so einfache, ungefährliche Operation die Schwäche der Kreislauffunctionen und die Nahrungsverweigerung bekämpft werden können, wird eine solche für diese verwirrten Kranken von grosser Bedeutung sein; gehen doch gerade von ihnen nicht Wenige an Erschöpfung zu Grunde. —

Ich empfehle also Infusionen von 0,75 procentiger Kochsalzlösung bei allen Fällen ernsterer Abstinenz zu versuchen. Ich bin überzeugt, dass diese Behandlungsmethode viele Patienten, besonders verworrene, dazu veranlassen wird, wieder Speise und Trank zu sich zu nehmen.

Ist die Beseitigung der Nahrungsverweigerung nur vorübergehend, so ist, bei der vollständigen Unschädlichkeit der mit Beobachtung strenger Asepsis ausgeführten Operation, ihre jederzeitige Wiederholung möglich.

Verweigert der Kranke nach der Infusion die Nahrung noch weiter, was besonders von besonnenen Abstinirenden zu erwarten ist, so bleibt die künstliche Ernährung immer noch übrig.

Weiterhin aber sind regelmässig wiederholte Kochsalzinfusionen in den eingangs näher geschilderten, trostlosen Krankheitsfällen, bei welchen die äusserst

Digitized by Google

nothwendige künstliche Ernährung nicht möglich ist, im Stande, gefährliche Collapszustände zu heben. Durch ein Hinausschieben des schwersten Kräfteverfalls wird wenigstens die Möglichkeit einer Wiederherstellung näher gerückt.

Vielfach hat man versucht, der Infusionsflüssigkeit durch Zusatz von Peptonen, von Hämoglobin u. A. m. einen höheren Nährwerth zu verleihen; — man könnte auch an die Beimengung kleiner Mengen von Kalk denken, — *von Ott* hat in seiner Arbeit: „über den Einfluss der Kochsalzinfusion auf den verbluteten Organismus im Vergleich mit anderen zur Transfusion verwendeten Flüssigkeiten“ (*Virchow*'s Archiv. 93. Band, 1883) hierüber eingehende Untersuchungen angestellt und nicht gefunden, dass zur Bekämpfung acuter Anämien irgend eine andere Flüssigkeit Vortheile vor der physiologischen Kochsalzlösung böte.

Gaule, Kronecker, *Landerer* und *C. Ludwig* halten jedoch einen Zusatz von Rohrzucker zur Kochsalzlösung für eine wesentliche Verbesserung der Infusionsflüssigkeit. *Gaule* empfiehlt zur intravenösen Infusion eine Lösung von 3,5 pCt. Rohrzucker, 0,6 pCt. Chlornatrium und 0,005 pCt. Natronhydrat. Diese Flüssigkeit wird in der *Czerny*'schen Klinik in Heidelberg bei Collapszuständen nach bedeutenden Blutverlusten mit günstigem Erfolge angewendet. *A. Landerer* hat in seiner Abhandlung: „über Transfusion und Infusion“ (*Virchow*'s Archiv. 105. Band, 1886) nachgewiesen, dass die rothen Blutkörperchen sich sehr bald vermehren, wenn bei acuten Anämien Zuckerkochsalzlösung infundirt ward. Er legt dem Zuckerzusatz nicht nur einen hohen Nährwerth bei, sondern er nimmt auch an, dass der Zucker die Parenchymflüssigkeit in die Circulation zöge und damit schnell den Blutdruck steigere. Man könnte meinen, dass ein Individuum, dessen Geweben plötzlich mehr Flüssigkeit entzogen würde, heftigen Durst bekäme.

Ich habe an mir unter den oben erwähnten Nahrungsbedingungen eine Zuckerkochsalzinfusion ausführen lassen. 750 ccm 0,75 procentiger Kochsalzlösung, in der sich 3 pCt. Rohrzucker und 0,01 pCt. Natronhydrat befanden, flossen unter die Haut. Ich empfand zwar 2 Stunden nach der Operation etwas Hunger, fühlte mich auch, wie nach der Infusion der keinen Zucker enthaltenden Kochsalzlösung, kräftiger und lebhafter als vorher, Speichelfluss und

Digitized

Durst stellten sich aber nicht ein. Während der ersten 24 Stunden nach der Infusion war die Harnmenge etwas reichlicher, als an den Tagen vorher. Mit dem Harn wurden 17 g Stickstoff ausgeschieden. Das specifische Gewicht des 4 Stunden nach der Infusion entleerten Urins betrug 1043. Die nächste Quantität wurde erst 13 Stunden später entleert und hatte ein specifisches Gewicht von 1025. Die dritte und letzte 3 Stunden hiernach; ihr specifisches Gewicht war 1003. Zucker konnte ich mit der *Trommer*'schen Probe in der ersten Quantität nicht nachweisen. Auch die Untersuchung auf Eiweiss fiel negativ aus.

Da ich den Wirkungen des Speichelflusses für unsere Zwecke Werth beilegen zu müssen glaube, und da die Verhältnisse des specifischen Gewichtes bedenklich erscheinen, kann ich die Infusion von Kochsalz und Zucker bei Abstinirenden, bei denen womöglich die Nahrungsverweigerung beseitigt werden soll, zur Zeit wenigstens der einfachen Kochsalzinfusion nicht vorziehen. —

Meinen hochverehrten Chefs, Herrn Oberarzt Dr. *Ganser* und Herrn Prof. *Kraepelin* spreche ich für die mir bei meiner Arbeit gütigst gewährte Unterstützung hierdurch meinen herzlichsten Dank aus.

Digitized by Google

Ueber eine neue Construction von Isolirzimmer-Fenstern[1]).

Von

Sanitätsrath Dr. **Paetz,** Alt-Scherbitz.

(Hierzu Taf. VII.)

Der Gegenstand dieser Besprechung betrifft eine Frage aus dem Gebiete der Anstalts-Einrichtungen, welche man, in so viele Anstalten man auch kommen möge, fast überall anders beantwortet und in die Praxis übersetzt findet, ich meine die Einrichtung der Isolirzimmer-Fenster. Die Verschiedenheit in der Construction derselben ist ein Zeichen dafür, dass es schwer ist, eine Form zu finden, welche allen an ein gutes Isolirzimmer-Fenster zu stellenden Anforderungen genügt. Viele der vorhandenen Einrichtungen erfüllen wohl die hauptsächlichste Bestimmung der Fenster, die Kranken in jeder Beziehung zu sichern, in ausreichender Weise, ohne indess Anspruch auf freundliches Aussehen oder bequeme Handhabung erheben zu können.

Es gab eine Zeit, in welcher mancher College seinen Ruhm, als praktischer Irrenarzt zu gelten, theilweise auch darin suchte, möglichst spitzfindige, wenn auch noch so absonderliche und von der Norm abweichende Einrichtungen auszuklügeln; aus jener Zeit stammen noch eine Reihe von Fenster-Einrichtungen mit inneren oder äusseren Gittern und Fensterläden aller Art, welche einen freien Ausblick mehr oder weniger, oft vollständig verhindern und den Zutritt von Licht und Luft bisweilen derart beschränken, dass die mit ihnen versehenen Räume hier und da manchmal mehr den Eindruck von Gefängnisszellen denn von Krankenzimmern machen.

[1]) Demonstration gehalten in der psychiatrischen Abtheilung der Halle'schen Naturforscher-Versammlung.

Digitized by Google

Die durch solche und andere Absonderlichkeiten bedingten Abweichungen in der Einrichtung der Irrenanstalten von denen der sonstigen Krankenhäuser hat nicht wenig dazu beigetragen, dem grossen Publikum die Irrenanstalten in einem abschreckenden Lichte erscheinen zu lassen und seine Abneigung gegen dieselben mehr oder weniger bis in die neuere Zeit zu unterhalten. Ebenso dringt heut zu Tage immer mehr die Ueberzeugung durch, dass alle Abweichungen von der Norm, je aparter sie aussehen und je offener sie den Mangel an Vertrauen zu den Kranken documentiren, geeignet sind, empfindsame Kranke zu reizen und darum nachtheilig zu beeinflussen. Wollen wir nun einerseits diesen Uebelstand vermeiden und andererseits das von irrenärztlicher Seite in der Neuzeit immer mehr angestrebte Ziel erreichen, die Irrenanstalten den übrigen Krankenanstalten gleichgestellt zu sehen sowohl bezüglich des Vertrauens seitens der Behörden und des Publikums wie der damit in gewissem Zusammenhange stehenden Beseitigung aller erschwerenden Aufnahme-Formalitäten, so müssen wir uns, wie dies ja in anerkennenswerther Weise schon vielseitig geschieht, auch nach jeder Richtung hin bemühen, die Irrenanstalten in ihrer inneren und äusseren Einrichtung, soweit dies nach Lage der Verhältnisse möglich und nöthig ist, andern gut eingerichteten Krankenhäusern immer näher zu bringen, die Einrichtungen der Irrenanstalten nach Möglichkeit alles aparten und auffallenden Gepräges zu entkleiden und alle an dieselben zu stellenden Indicationen mehr in Einklang mit normalen, freundlichen und auf die Kranken wie das Publikum wohlthuend einwirkenden Formen zu bringen.

In diesem Bestreben, welches mich bei dem ganzen Bau und der Einrichtung der mir unterstellten Anstalt geleitet hat, habe ich mich seit Jahren bemüht, ein Fenster für Isolirzimmer zu construiren, welches sich von einem gewöhnlichen normalen Fenster möglichst wenig unterscheidet, dabei aber die isolirten Kranken vollständig sichert, ohne ihnen Licht und Luft zu kürzen oder ihren Blick zu beschränken, welches dabei mit aller Leichtigkeit und Bequemlichkeit zu handhaben ist, kurz alle vom ärztlichen und administrativen Standpunkte zu stellenden Anforderungen in zufriedenstellender Weise erfüllt.

Das Fenster ist durchweg von Schmiedeeisen gefertigt und mit dickem, aber vollständig klarem und durchsichtigem Hartglase

Digitized by Google

verglast. Es unterscheidet sich (wie auch die beigefügten Abbildungen zeigen) von einem anderen freundlichen Fenster eines normalen Wohnzimmers in kaum merklicher Weise; das Fehlen eines Griffes fällt kaum in die Augen; die Eisenrahmen und Sprossen sind zierlicher als die Holzconstruction normaler Fenster und in Ausführung und Anstrich so gehalten, dass auch sie sich in kaum bemerkbarer, jedenfalls nicht auffälliger Weise von der gewöhnlicher Fenster unterscheiden; die kleinere Scheibentheilung endlich ist ganz entbehrlich, wenn man die Ausgabe für gutes, auch in grösseren Tafeln unzerbrechliches Hartglas nicht scheut, wie man es ja schon in manchen Anstalten anwendet, und wie es auch für die Isolirzimmer-Fenster in Alt-Scherbitz eingeführt wird.

Der Verschluss des Fensters und zwar der unteren wie der oberen Flügel geschieht mittelst Baskülenriegels, der mit einem Dornschlüssel bedient wird. Dieser Dornverschluss gewährt vollständige Sicherheit gegen unbefugtes Oeffnen seitens der Kranken, da er sich wegen seiner Verbindung mit der durch den ganzen Fensterrahmen gehenden eisernen Baskülestange nicht wie andere einfache Dornschlösser ohne Schlüssel öffnen lässt. Wem trotzdem der Dornverschluss nicht sicher genug erscheinen sollte, kann den Dornschlüssel durch beliebige andere Hohlschlüssel ersetzen, die ja absolute Garantie gegen unbefugtes Oeffnen bieten.

Um auch gegen unvollständigen Verschluss der Fenster (wie jedes anderen Dornschlosses) seitens fahrlässigen Personals geschützt zu sein, ist das Dornschloss — nach einem anders woher entnommenen Muster — so eingerichtet, dass der Schlüssel sich erst nach vollständigem Verschlusse des Schlosses aus demselben zurückziehen lässt. Es wird dies dadurch bewirkt, dass der Schlüssel an seinem Lumen mit einem kleinen Vorsprunge versehen ist, durch welchen der Schlüssel im Schlosse zurückgehalten wird, bis er durch Umdrehung sich mit einem entsprechenden Einschnitte am Schlosse deckt, was nur bei vollständigem Verschlusse der Fall ist.

Innere Läden sind einerseits wegen der ausreichenden Festigkeit des Fensters, andererseits weil dasselbe dem Kranken keine Gelegenheit zu eigener Beschädigung bietet, entbehrlich, von mir auch grundsätzlich deshalb vermieden, weil sie das Licht ganz oder doch mehr, als gut oder nöthig ist, den Kranken entziehen. Um trotzdem die Beschränkung oder völlige Entziehung des Lichtes

Digitized by Google

da, wo dies erforderlich oder erwünscht ist, also z. B. zum Schutze gegen einfallendes Sonnen- oder Mondlicht oder um den Kranken dem Blicke von aussen zu entziehen, bewerkstelligen zu können, habe ich von aussen die von Bayer & Leibfried in Esslingen a. N. (Württemberg) gefertigten Stab-Rolljalousieen (No. B.) anbringen lassen, welche den grossen Vorzug gewähren, das Licht in beliebiger Quantität einfallen zu lassen bezw. zu entziehen, ohne den Ausblick der Kranken durch das Fenster zu verhindern, oder auch durch vollständiges Herablassen der Jalousie das Zimmer ganz zu verdunkeln. In letzterem Falle zeigt die Jalousie eine fest verschlossene Fläche.

Beim Aufziehen entfernt sich von oben anfangend jeder Stab von dem andern um ca. 1 cm und es bildet sich eine durchbrochene Jalousie, deren einzelne Stäbe durch leicht bewegliche Stahlfedern unter einander zusammengehalten werden. In diesem Zustande gewährt die Jalousie den Ausblick ins Freie, nicht aber den Einblick von aussen. Eine bequeme Ausstell-Vorrichtung gestattet überdies die heruntergelassene Jalousie weiter vom Fenster abzuheben und ermöglicht dadurch einen noch freieren Ausblick. (Abbildung 1.)

Zieht man, sobald der letzte Stab sich vom Schlussbrett gehoben, weiter an, so geht die ganze Jalousie in die Höhe und verschwindet in einem oberhalb des Fensters in der Mauer angebrachten Kasten. (Abbildung 2.) Der Aufzug wird durch einen Gurt bewirkt, welcher ausserhalb des Fensters in einem verdeckten Falz des Fensterfutters niedergeht und unter dem Fenster (auf den Abbildungen rechts) in einem, in der Mauer ausgesparten und mit eisernem Thürchen verschlossenen Kasten endigt. Dieses Thürchen ist, um die Aufzugvorrichtung dem Kranken nicht zugänglich zu machen, mit demselben Dornschlüssel wie die Fensterflügel verschliessbar. Auf Wunsch kann der Gurt auch an der Decke des Isolirzimmers in den vor demselben befindlichen Raum geleitet und von dort aus bedient werden; es dürfte dies aber weniger bequem sein.

Eine weitere grosse Annehmlichkeit des Fensters ist schliesslich die, dass durch Anbringung beweglicher Lüftungsschieber, wie ich sie nennen möchte, der Zutritt frischer Luft von aussen leicht ohne Oeffnung des Fensters bewirkt werden kann. Diese Schieber sind

Digitized by Google

verglaste eiserne Rahmen, welche genau einem Theile, hier der innern Hälfte der oberen Fensterflügel entsprechen und sich in Falzen, welche an den einander zugekehrten Rändern der senkrechten Fenstersprossen ausgespart sind, bequem auf den obern und untern Fensterflügeln hin- und herschieben lassen und sich mit den hinter ihnen befindlichen Fenstertheilen derart decken, dass sie sich von dem Fenster kaum abheben und als besonderes Zubehör kaum erkennbar sind. Da die hinter diesen Schiebern in den obern Fensterflügeln befindlichen Scheibenöffnungen nicht verglast sind, so hat, sowie die Schieber in die unteren Fensterflügel herabgezogen werden, die Aussenluft durch die oberen offenen Scheibenöffnungen freien Zutritt.

Damit die Kranken diese Schieber nicht nach Belieben hin- und herschieben und dadurch unnöthige Störung verursachen können, sind in den Querstäben der Fensterkreuze (den technisch sogenannten Kämpfern) rechts und links federnde Riegel angebracht, welche ebenfalls mit dem Dornschlüssel schliessbar sind und die Schieber in ihrer Stellung festhalten, sowohl wenn diese sich in den oberen als in den unteren Fensterflügeln befinden.

Um die Schieber auch in verschiedener Höhe festhalten zu können, falls diese nicht ganz heruntergezogen werden sollen, habe ich an dem äusseren hinteren Rande derselben noch 2 Einschnitte anbringen lassen, in welche dieser federnde Riegel eingreifen kann.

Damit ferner die Schieber, wenn sie sich in den oberen Fensterflügeln befinden und diese letzteren zum Zwecke der Reinigung pp. geöffnet werden, nicht aus denselben herausfallen, sind sie derart in den oberen Fensterflügeln angebracht, dass sie nur bei geschlossenem Fenster frei beweglich sind. Dieses Festhalten der Schieber in ihrer Lage vollzieht sich — wodurch die Construction so ausserordentlich einfach und bequem wird — ohne jedes Zuthun des das Fenster Oeffnenden, ohne dass dieser auch nur Kenntniss von der Existenz dieser Sicherheitsvorrichtung zu haben braucht, durch den Oeffnungs-Act ganz von selbst in folgender Weise: (Abbildung 3.)

Jeder Schieber ist in der Mitte seines innern hinteren Randes mit einem kleinen Einschnitte (a) versehen; in diesen greift beim rechten Schieber die vordere von zwei Zungen (b), mit welchen der Basküle-Verschluss der oberen Fensterflügel verbunden ist, beim

Digitized by Google

Oeffnen des Fensters ein und hält dadurch den Schieber fest; beim Schliessen des Fensters wird die Zunge aus dem Einschnitt wieder zurückgezogen und der Schieber alsdann wieder beweglich. Der linke Schieber wird bei geöffnetem Fensterflügel durch eine Feder (d, sogenannter Wechsel mit gewundener Feder), welche in den Einschnitt an seinem inneren Rande eingreift, in seiner Lage festgehalten; durch das Schliessen des Fensters wird die hintere der beiden am Baskülеschlosse angebrachten Zungen (c) auf diese Feder aufgedrückt, diese dadurch aus dem Einschnitt zurückgezogen und der Schieber beweglich.

Die vorbeschriebenen Fenster haben sich nun schon seit einer Reihe von Jahren so vorzüglich bewährt, dass ich deren Nachbildung warm empfehlen kann; zum Zwecke derselben stelle ich ein hierzu in kleinerem Maassstabe besonders hergestelltes Modellfenster gern zur Verfügung, da Beschreibungen und Abbildungen ja immer kein so deutliches Bild geben als die unmittelbare Anschauung.

Digitized by Google

Casuistischer Beitrag zur Lehre von den Erinnerungsfälschungen[1]).

Von

Dr. **H. Schedtler,** Assistenten der Klinik.

Vor einiger Zeit erregte in den hiesigen Lokalblättern die Nachricht Aufsehen, dass ein Student der hiesigen Hochschule in der Nähe von Cassel im Walde einen Mann ermordet und sich dann in Cassel der Polizei gestellt und ein Geständniss seiner That abgelegt habe. Später wurde dann berichtet, dass die Anzeige nicht auf Wahrheit beruhe, man es vielmehr höchstwahrscheinlich mit einem Geisteskranken zu thun habe, der demnächst der hiesigen Anstalt zur Beobachtung übergeben werden solle. Weiter erfuhren wir über den Vorgang zunächst nichts, bis uns kürzlich der erste Staatsanwalt in Cassel in anerkennenswerther Zuvorkommenheit die betr. Akten zur Kenntnissnahme mittheilte mit dem Bemerken, dass er die Verwendung des Materials zu wissenschaftlichen Zwecken freigebe. Ich erlaube mir deshalb einer Anregung meines hochverehrten Chefs des Herrn Geheimrath Prof. Dr. *Cramer* gerne nachkommend in dem Folgenden den Fall als casuistischen Beitrag kurz mitzutheilen.

Der Candidat der Philologie O. B., 24 Jahre alt, erschien am 1. August Abends gegen 11 Uhr in Cassel an Polizeistelle und erklärte, er habe im Walde bei Riede einen Mann ermordet und wolle sich deshalb freiwillig der Polizeibehörde stellen. Er wurde darauf sistirt und machte am folgenden Morgen vor dem Polizeicommissar folgende Angaben: „In der Nacht vom 25. zum 26. Juli d. J. hatte ich in Marburg auf der Strasse eine unliebsame Begegnung mit einem Studenten, welche mich veranlasste Marburg

[1]) Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg i. H.

Digitized by Google

zu verlassen. Ich ging ausserhalb der Stadt umher und kehrte nur Nachts in meine Wohnung zurück. Am 28. früh bin ich dann von Ort zu Ort weiter gewandert, bis ich am 30. Mittags gegen 1 Uhr in Fritzlar ankam und mich in einem Gasthause am Markte etwa eine Stunde aufhielt. Dann ging ich weiter bis zu dem Dorfe Riede, wo ich gegen 4 Uhr Nachmittags ankam. Hier regnete ich im Wirthshaus ein, wodurch ich verstimmt wurde. Gegen 6 Uhr verliess ich das Dorf und ging in den Wald, der sich unmittelbar an den v. B.'schen Park anschliesst. Der Weg, ein schmaler Fahrweg ohne Steinschlag, führt allmählich auf die Höhe des Waldes, wo er sich mit mehreren anderen Wegen kreuzt. In der Nähe habe ich ein Haus dort bemerkt. In den dabei stehenden kleinen Tannen begegnete mir ein junger Mensch von 18 bis 20 Jahren mit blauem Kittel. Diesen fragte ich, ob er auch aus Riede sei, da lachte er mich aus und sagte, das ginge mich ja gar nichts an. Ich wurde hierüber sehr wüthend und sprang auf den Menschen zu. Er fiel zu Boden, ich warf mich auf ihn, hielt ihn nieder und warf ihm eine Schlinge um den Hals, die ich aus starkem Bindfaden schon vorher gemacht hatte, den ich in der Tasche bei mir trug. Ein Rest davon liegt hier vor. Nun würgte ich den Menschen so lange bis er still lag; er wehrte sich dabei, indem er mit Armen und Beinen um sich schlug. Hierauf habe ich ihm mit dem hier vorliegenden Taschenmesser die Kehle durchschnitten. Nachdem ich den Todten dann etwa 20 Schritte weit vom Wege ab in die Tannen geschleppt hatte, bin ich weiter gegangen bis nach Elberberg, wo ich übernachtete. Am folgenden Tag ging ich dann über Naumburg nach Cassel, wo ich am 31. Abends ankam. Ich übernachtete in der Gastwirthschaft von O.

Zu der That wurde ich angetrieben durch einen innerlichen Hass, welchen ich auf die Einwohner von Riede hatte. Dieser rührte aus Familien-Angelegenheiten her. Auch war ich mit mir selbst zerfallen und hatte die Absicht, mir das Leben zu nehmen. Zu diesem Zweck hatte ich mir in Fritzlar den Bindfaden gekauft. Ich besitze gegenwärtig nur noch vier Pfennig."

Am folgenden Tage wurde B. vor dem Amtsgericht verantwortlich vernommen, nachdem am Nachmittag des 2. der Staatsanwalt im Polizeigefängniss mit ihm eine längere Unterredung gehabt, die bei ihm Zweifel an dem Geisteszustand des Beschuldigten wach gerufen hatte.

B. gab am 3. vor dem Richter an: Seit der letzten Zeit sei er mit seinen Eltern uneins geworden, sodass sie ihm keine Mittel zum Lebensunterhalte mehr sandten. Er habe darauf versucht eine selbständige Stellung zu erlangen, um den Lebensunterhalt selbst zu verdienen. Die Versuche hätten sich als fruchtlos erwiesen, wodurch er mit Lebensüberdruss erfüllt, mit dem Gedanken umgegangen sei sich zu entleiben. Hierzu habe auch wesentlich sein geistiger Zustand mit beigetragen. Er habe schon öfter an Wahnvorstellungen gelitten, u. A. habe er wiederholt beim Aufwachen frühmorgens das Bewusstsein gehabt, am voraufgegangenen

Digitized by Google

Tage eine Uebelthat begangen zu haben, und der Glaube an deren Wirklichkeit sei erst geschwunden, wenn er bei seinen Bekannten Nachfrage gehalten und diese ihm die Irrthümlichkeit seiner Vorstellung bestätigt hätten. So könne er auch jetzt nicht mehr, namentlich seit der gestrigen Unterredung mit dem Herrn Staatsanwalt, seine polizeilichen Aussagen vom gestrigen Tage bestimmt aufrecht erhalten. Wahr sei daran jedenfalls, dass er Marburg am 28. v. M. gegen Mittag zu Fuss mit einer Baarschaft von ca. 15 Mk. verlassen habe ohne bestimmtes Wanderziel. Der Aufenthalt in Marburg sei ihm dadurch verleidet worden, dass er durch einen näheren Bekannten in der Nacht vom 25. bis 26. v. M. sehr schwer beleidigt worden sei, gleichwohl aber wegen seiner Beziehungen zu dessen Familie von einer Herausforderung habe absehen zu müssen geglaubt. Dadurch habe er sich s. Z. in Marburg unmöglich gemacht.

Ob Blut geflossen, als er dem angeblich von ihm ermordeten Burschen die Kehle durchschnitt, desgleichen ob seine Hände oder Kleidungsstücke bei dieser Gelegenheit mit Blut befleckt seien, und ob der Ermordete noch blutete, als er ihn in das Dickicht schleppte, dessen vermöge er sich nicht zu entsinnen. Sollte sich ergeben, dass wirklich bei Riede Jemand ermordet worden wäre, dann halte er sich für den Thäter, während er bei mangelndem objectiven Thatbestand zweifelhaft geworden sei, ob seine Anzeige richtig sei.

B. wurde hierauf als der vorsätzlichen Tödtung dringend verdächtig verhaftet.

Unterdessen hatte sich bereits am Nachmittag des 2. August der Staatsanwalt nach dem Ort der That begeben und am 3. die eingehendsten Recherchen angestellt. Dieselben ergaben ein vollständig negatives Resultat. In der ganzen Gegend war nicht das Geringste von einem angeblichen Todschlag bekannt. Dagegen wurde festgestellt, dass B. thatsächlich an dem betr. Tag in Riede gewesen war und in Elberberg übernachtet hatte. Die Beschreibung des Weges, den er zurückgelegt hatte, stimmte ebenfalls, und liess sich der angebliche Thatort schnell auffinden. Trotz wiederholter Nachsuchungen konnten aber weder Spuren eines Kampfes oder vom Schleifen eines Leichnams noch irgend etwas anderes Verdächtiges aufgefunden werden.

Hiernach wurde am 4. August der Haftbefehl aufgehoben und B. der Polizeibehörde übergeben. Nachdem er hier erklärt hatte, dass er sich in Cassel an verschiedene Bekannte wenden wolle, mit deren Hülfe er weiter zu kommen hoffe, wurde er am Nachmittage des 4. August entlassen.

Am Abend desselben Tages gegen $10^1/_2$ Uhr sprang B. von der Drahtbrücke in Cassel in die Fulda, um sich das Leben zu nehmen. Als gutem Schwimmer gelang es ihm aber nicht, sich unter Wasser zu halten und den Tod zu finden. Er schwamm ans Ufer und wurde von dem Arbeiter L. mit über und über nassen Kleidern nach der Polizei geführt.

Digitized by Google

Hier hielt man ihn nun in Verwahrung, bis er am 7. August von seiner Mutter nach Hause abgeholt wurde.

Es wurden nun noch 2 Bekannte des B., Studenten aus Marburg, die z. Z. in Cassel in Ferien waren, über ihn vernommen. Einer derselben gab an, dass ihm zuerst am 26. Juli d. J. aufgefallen sei, dass B. an Wahnvorstellungen leide. Er (B.) habe mit einem Freunde einen Wortstreit gehabt und habe sich eingebildet, demselben ganz besonders weh gethan zu haben, sodass er sich ihm gegenüber dahin geäussert habe, dass er entschlossen sei freiwillig aus dem Leben zu scheiden. Auch dem anderen Freunde des B. war aufgefallen, dass der Geisteszustand des B. zuletzt kein normaler mehr war. Er habe öfter geäussert, das Leben behage ihm nicht mehr* und er werde gelegentlich demselben freiwillig ein Ende machen.

Bei den Akten findet sich noch ein Brief des B. datirt aus seiner Heimath vom 14. August. d. J. Derselbe ist nach Form und Inhalt völlig correct. Er bittet darin um Rückgabe des erwähnten Taschenmessers, da dasselbe ihm als Andenken besonders werth sei.

Falsche Selbstanklagen Geisteskranker vor Gericht sind nicht selten. In den allermeisten Fällen handelt es sich um Melancholische, welche von Angst getrieben sich oft der unglaublichsten Verbrechen beschuldigen. Ich erinnere hier nur an den vor 2 Jahren beobachteten und von Dr. *A. Cramer* in seiner Arbeit: „Ueber eine bestimmte Gruppe von Sinnestäuschungen bei primären Stimmungsanomalien“ (Beob. VI) ausführlich mitgetheilten Fall [1]), in welchem sich ein Melancholiker der Sodomie in allen denkbaren Gestalten anklagte. Derselbe Kranke wurde hier beobachtet und genas nach kurzer Zeit von seiner Melancholie unter Zunahme des Körpergewichtes um 32 Pfund.

In dem vorstehend mitgetheilten Fall fehlen leider nähere Angaben über die Gemüthsstimmung des B. Dieselbe war aber offenbar eine schwermüthige. Darauf hin deutet seine Neigung zu unbegründeten Selbstanklagen, welche in der Annahme, den Freund schwer beleidigt, sich in Marburg unmöglich gemacht zu haben, zum Ausdruck kam, ferner die Entfernung von Hause und das plan- und ziellose Umherwandern, endlich die deutlich ausgesprochene Absicht seinem Leben freiwillig ein Ende zu machen. Ein weiterer Beweis für die melancholische Stimmung ist der nach seiner Entlassung aus dem Gefängniss begangene Selbstmordversuch.

[1]) Diese Zeitschrift Bd. 47 Heft 3 u. 4.

Digitized by Google

Auffallend ist nun der Inhalt seiner Selbstanklage, welche jedes thatsächlichen Untergrundes entbehrt, besonders bemerkenswerth ausserdem die Bestimmtheit, mit welcher dieselbe am ersten Tage vorgebracht wurde, und die genaue und detaillirte Schilderung über den Hergang bei dem angeblichen Mord.

Ueber abnorme Erinnerungsvorgänge bei Geisteskranken hat *Kraepelin* eingehendere Untersuchungen angestellt[1]). Auf Grund klinischer Beobachtungen gelangte dieser Autor bekanntlich zu der Annahme dreier verschiedener Formen der Erinnerungsfälschung, nämlich der einfachen, der associirenden und der identificirenden. Bei der ersteren, welche vorzugsweise bei Paralytikern und alten Paranoikern beobachtet wird, werden beliebige, zufällig auftauchende, völlig in der Luft stehende, oft ganz abenteuerliche Phantasiegebilde kurzer Hand in die eigene Vergangenheit verlegt und wie wirkliche eigene Erlebnisse hingestellt, während die associirende Erinnerungsfälschung an einen gegenwärtigen Eindruck anknüpft, denselben als früher schon einmal wahrgenommen in die eigene Vergangenheit versetzt und ihn weiterhin mit einem ganzen Gespinnste angeblicher Reminiscenzen umgiebt. Die identificirende Erinnerungsfälschung endlich gestaltet sich so, dass der Betreffende die gegenwärtige Situation mit allen Einzelheiten schon einmal durchlebt zu haben glaubt.

In dem vorstehend mitgetheilten Falle könnte allenfalls die erste Art der Erinnerungsfälschung in Betracht kommen. Mit vollem Rechte hebt aber *Kraepelin* hervor, dass von diesen eigentlichen Erinnerungsfälschungen eine Gruppe von Pseudoreminiscenzen zu trennen sei, welche sich von jenen, ganz in der Luft stehenden, veränderlichen Phantasiebildern der Paralytiker durch eine grössere Constanz des Inhalts der vorgebrachten Ideen unterscheiden, und denen dann immer entweder Traumgebilde oder hallucinatorische oder endlich deliriöse Erlebnisse als Original zu Grunde liegen, und welche deshalb auch, da die Erinnerung selbst im Wesentlichen treu und nur das Original pathologisch entstanden ist, keine wahren Erinnerungsfälschungen darstellen. Gerade diese letzteren Anschauungen *Kraepelin*'s zu bestätigen, ist der vorliegende Fall unseres Erachtens in hohem Grade geeignet. Offenbar handelte

[1]) *Kraepelin*, Ueber Erinnerungsfälschungen. Archiv für Psychiatrie, Bd. XVII u. XVIII.

Digitized by Google

es sich bei der Schilderung des angeblich vollbrachten Mordes, nach der Angabe des B., dass er öfter des Morgens mit dem Bewusstsein einer begangenen Uebelthat erwachte und den Gedanken erst nach den überzeugenden Gegenvorstellungen seiner Freunde los werden konnte, um die Verification einer Träumerei, welche unter dem Einfluss der melancholischen Stimmung nach Art einer Zwangsvorstellung festgehalten wurde.

In allen Fällen aber, wo Verificationen von Träumereien als Moment der abnormen Vorstellungsbildung auftreten, müssen wir ferner eine Trübung des Bewusstseins annehmen, welche das Urtheil derart fälscht, dass Traumvorgänge von wirklich erlebten Ereignissen nicht mehr unterschieden werden und den Charakter von Zwangsvorstellungen annehmen. Diese Annahme erscheint in dem vorliegenden Falle um so mehr gerechtfertigt, als erfahrungsgemäss gerade bei der Melancholie deliriumartige Bewusstseinszustände mit wahnhafter Verwerthung von Träumereien im Sinne der Selbstanklage und Zwangsvorstellungen ähnlichen Inhalts häufig beoachtet werden.

Schliesslich darf ich wohl noch die Bitte aussprechen, falls der Fall noch anderwärts zur Beobachtung gelangen sollte, durch eine weitere Veröffentlichung die Lücken der vorstehenden Krankengeschichte besonders hinsichtlich der Anamnese und der Stimmungslage des Patienten zu ergänzen, was uns nach den Eingangs gemachten Angaben, zumal wir niemals Gelegenheit hatten, den Kranken persönlich zu untersuchen, nicht möglich war.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

23. Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins in Karlsruhe am 7. und 8. November 1891.

Anwesend sind die Herren: *Bartsch*-Pforzheim, *Binswanger*-Constanz, *Dietz*-Illenau, *Feldbausch*-Emmendingen, *Fischer*-Pforzheim, *Fürstner*-Strassburg, *Gellhorn*-Pirna, *Habermaas*-Stetten, *Hoche*-Strassburg, *Ilberg*-Heidelberg, *Karrer*-Klingenmünster, *Keller*-Freiburg, *Kirn*-Freiburg, *Kreuser*-Winnenthal, *Landerer*-Göppingen, *P. Landerer*-Kennenburg, *Ludwig*-Heppenheim, *Oster*-Illenau, *Schoenthal*-Heidelberg, *Schüle*-Illenau, *Vorster*-Stephansfeld, *Wildermuth*-Stuttgart, *Wittich*-Heppenheim.

Ferner als Gäste die Herren: *Gutsch* sen.-Karlsruhe, *Hildenstab*-Graben, *Hoffmann* sen.-Karlsruhe, *Kaiser*-Karlsruhe, *Schenck*-Ettlingen, *Schrickel*-Karlsruhe, *L. Seeligmann*-Karlsruhe, *v. Seyfried*-Karlsruhe, *Winter*-Achern.

Die Versammlung haben begrüsst und ihr Ausbleiben entschuldigt die Herren: *Acker*-Mosbach, *Emminghaus*-Freiburg, *Jolly*-Berlin, *Kraepelin*-Heidelberg, *Landerer* jun.-Göppingen, *Rieger*-Würzburg, *Schröter*-Eichberg, *Stark*-Stephansfeld.

Geschäftsführer: die Herren Prof. *Kirn*-Freiburg und Dr. *Kreuser*-Winnenthal.

I. Sitzung am 7. November Nachmittags 3 Uhr.

Der erste Geschäftsführer, Prof. *Kirn*-Freiburg eröffnet die Sitzung mit Begrüssung der anwesenden Mitglieder und geschäftlichen Mittheilungen; er widmet den verstorbenen Mitgliedern Hofrath *Flamm*-Pfullingen und Dr. *Kuhnen*-Pfullingen Worte des Nachrufs. Zum Vorsitzenden wird gewählt Herr Geh. Rath *Ludwig*-Heppenheim.

Schriftführer: Dr. *Schoenthal*- und Dr. *Ilberg*-Heidelberg.

1. Dr. *Schoenthal*-Heidelberg: über acute hallucinatorische Verwirrtheit.

Sch. giebt nach einer kurzen geschichtlichen Uebersicht der Entwicklung der Lehre von der hallucinatorischen Verwirrtheit zunächst eine Schilderung des Krankheitsbildes. Er hebt als charakteristisch hervor: meist ganz acuter Beginn, selten ein kurzes Vorläuferstadium, rascher Anstieg der Erscheinun-

Digitized by Google

gen; auf der Höhe der Krankheit massenhafte Sinnestäuschungen, totale Verwirrtheit, Trübung des Bewusstseins, häufig, aber nicht stets, motorische Erregung. Vortragender schildert die Eigenartigkeit des Symptoms der Verwirrtheit, das durch diese bedingte Verhalten der Kranken („Rathlosigkeit") und bespricht die übrigen Symptome: die Stimmung ist ängstlich oder rasch wechselnd je nach dem Inhalt der Sinnestäuschungen, ebenso wechselnd sind die durch die Sinnestäuschungen bedingten Delirien und Wahnideen; der Bewegungsdrang ist ebenfalls zum grossen Theil abhängig von den Sinnestäuschungen, zum Theil vielleicht — besonders in gewissen schweren Fällen — als directe Reizerscheinung aufzufassen. Häufig ist entsprechend der Bewusstseinstrübung totale oder partielle Amnesie vorhanden. Auf somatischem Gebiete bestehen bemerkenswerthe, auf schwere Erschöpfung des Centralnervensystems hindeutende Symptome: gesteigerte Reflexerregbarkeit, ausgebreiteter Tremor, rasche Abnahme des Körpergewichts, vorübergehende Albuminurie, vorübergehende Temperatursteigerung, vasomotorisch-trophische Störungen, hochgradige Schlaflosigkeit, subjectives Gefühl von grosser Schwäche und Erschöpfung. Häufig treten kürzere oder längere Zeit dauernde, völlige Remissionen auf. Nach Schilderung des Krankheitsbildes bespricht Vortragender die verschiedenen Verlaufs- und Ausgangsarten: zunächst den Ausgang in Genesung; in manchen Fällen erfolgt die letztere erst nach einem der Dementia acuta ähnelnden Stadium der Erschöpfung; ferner wurde besprochen der durch das Hineinschieben von andersartigen Krankheitsbildern — Manie und Stupor — gekennzeichnete Verlauf (die prognostisch günstige Bedeutung des Auftretens des maniakalischen Stadiums wird insbesondere hervorgehoben), der Ausgang in Tod, sowie der Ausgang in chronische Verwirrtheit (unter diesen zum Theil noch heilbare Fälle). In der Besprechung der Diagnose wurde hauptsächlich die scharfe Abgrenzung von der Manie und der acuten Paranoia betont. Bei der Verwirrtheit brüsker, paroxysmeller Beginn und Anstieg, bei der Manie allmählicher Beginn, häufig ein depressives Vorstadium, bei der Verwirrtheit ängstliche oder je nach den Sinnestäuschungen bunt wechselnde Stimmung, bei der Manie heitere Verstimmung als Grundlage und auch bei Stimmungswechsel schliesslich immer wiederkehrend; bei Verwirrtheit massenhafte, die Entstehung und Gestaltung der Symptome zum grossen Theil bedingende Sinnestäuschungen, bei Manie keine oder seltene, jedenfalls nicht das Krankheitsbild beherrschende Sinnestäuschungen; die Ideenflucht der Verwirrten durch den wechselnden Inhalt der Sinnestäuschungen beeinflusst, die der Maniakalischen nur in dem gestörten Ablauf der Associationen begründet. Die der Verwirrtheit zukommende Bewusstseinstrübung fehlt der Manie oder ist höchstens auf der Höhe der Erkrankung vorübergehend vorhanden. — Die acute Paranoia (Wahnsinn) unterscheidet sich von der Verwirrtheit durch den detaillirteren Ausbau der Wahnideen und die grössere Besonnenheit gegenüber der mehr deliriösen Gestaltung der buntwechselnden Wahnideen und der starken Bewusstseinstrübung in der Verwirrtheit.

Digitized by Google

Aetiologisch kennzeichnet sich die Verwirrtheit als Erschöpfungspsychose (Ueberarbeitung, Anämien, schwächende körperliche Erkrankungen, Blutverluste und vor Allem das Puerperium!) Die Therapie hat hauptsächlich dieses ätiologische Moment zu berücksichtigen, d. h. den Ernährungszustand zu bessern, etwaige Erschöpfung zu verhüten oder, wenn sie eingetreten, zu bekämpfen.

Discussion.

Schüle-Illenau: Wesentlich für die Charakteristik der Krankheit ist, was das Bewusstsein anlangt, nicht nur die Bewusstseinstrübung, sondern auch die Schwankung der Helligkeit des Bewusstseins. Der Uebergang in Genesung erfolgt häufig unter körperlichen Krisen (z. B. Furunculosis, Darmcatarrhe etc., auch Wiedereintritt der cessirenden Menses). Häufig und prognostisch bedeutsam ist die remittirende Verlaufsart.

Ludwig-Heppenheim sieht die Bewusstseinstrübung nicht als primäres pathognomonisches Symptom an, sondern als secundäre Erscheinung, die physiologisch nothwendige Consequenz der primären Sinnestäuschungen: diese sind ebenso, wie die von dem Vortr. hervorgehobenen auffallenden Bewegungserscheinungen als Reizerscheinung aufzufassen. Dem gegenüber stelle die Bewusstseinsstörung (die Verwirrtheit, die Störung der Association) nicht ein den Sinnestäuschungen coordinirtes primäres Symptom dar, sondern sei secundär, wie ja auch im psychisch gesunden Leben in kürzesten Intervallen auftretende, massenhafte, intensive überstürzt wechselnde Sinneswahrnehmungen die Thätigkeit des Bewusstseins (die Aufmerksamkeit, die sog. willkürliche Association) zu stören im Stande seien.

2. Geh. Hofrath *Schüle*-Illenau: Casuistische Mittheilung.

Der Krankheitsfall, dem ich Sie bitten möchte, Ihr Interesse auf eine kleine Weile zuzuwenden, verdankt seine besondere Erwähnung nicht etwa einer klinisch-pathologischen Auszeichnung (es handelt sich um eine chronisch Melancholische mit Anämie, reducirter Ernährung und jenem unbekämpfbaren Selbstmorddrang, der für eine wirksame Prophylaxe die schwerste Crux nosocomialis bildet), sondern er ist merkwürdig und in gewissem Sinne vielleicht ein Unicum in ärztlich-administrativer Hinsicht durch die Weise wie eine Kranke ihrem Selbstmordhang zu genügen wusste. Gerade diese aparte Weise zeigt wieder, wie man in diesem Punkte eigentlich nie auslernt, wie immer wieder das Unwahrscheinlichste zuweilen wahr wird. Treten wir sofort in medias res ein. Die betreffende Kranke, eine 44jährige ledige Hysterika, seit mehreren Jahren an melancholischem Versündigungswahn leidend, lag Wochen hindurch im Beobachtungszimmer zu Bette, sorgsamst überwacht, weil sie ihr Leben auf alle nur erdenkbare Weise bedrohte, schliesslich sogar durch Anbeissen der Vorderarme an der Stelle der Radialis, sodass man ihr zur Sicherung gepolsterte Aermel hatte anziehen müssen. Ich erzähle nun ganz historisch

Digitized by Google

den Hergang, welcher die von uns gefürchtete, von der Kranken ersehnte und gewollte Katastrophe herbeiführte. Neben der betreffenden Patientin lag eine andere mit Nahrungsverweigerung, bei welcher die Sondenfütterung nöthig war. Da geschah es — es war am 19. Februar 1888 — dass eines Abends die nach dem Füttern auf den Tisch zwischen den beiden Betten gelegte Sonde verschwunden war, als man dieselbe nach Beendigung der Operation aufbewahren wollte. Alle Nachforschung war vergebens; auch unsere Melancholische blieb auf Befragen schweigsam. Man beruhigte sich endlich vorübergehend bei dem, wenn gleich unbehaglichen Gedanken, dass eine der andern im Zimmer anwesenden Kranken die Sonde zu sich genommen oder hinter ein Bett versteckt habe. Unsere Patientin verhielt sich zunächst am Abend und auch die 2 folgenden Tage noch ganz wie sonst: sie nahm in gewohnter Weise esslöffelweise die ihr gereichte Nahrung und klagte auch über nichts Weiteres. Erst am 3. Tage begann sie nach dem Essen zu wimmern und zu stöhnen, sie wurde plötzlich auffallend blass, und ich fand sie, rasch herbeigerufen, in ohnmachtähnlichem Zustande mit dem Ausdruck schmerzvollster Angst, kühlen Extremitäten und einem kleinen, seltenen Pulse. Wie war ich erstaunt, bei der Palpation des Unterleibes die vermisste Sonde deutlich durch die dünne Bauchdecke, den Magen weit ausspannend, zu fühlen! Das Corpus delicti war eine sogenannte *Jaques*'sche Patentsonde, d. h. ein Gummischlauch in der bekannten Form eines grosskalibrigen Nélaton'schen Catheters; sie war weich, ohne Mandrin, aber zufällig ganz neu, zuvor nur einmal gebraucht und deshalb noch kräftig elastisch. Sie lag bei der Palpation des Magens längs der grossen Curvatur, letztere im Halbkreis maximal ausweitend. Nach links ragte sie höher herauf; hier klagte auch die Kranke auf Druck starken Schmerz; nach rechts aber fühlte man deutlich das abgeschnittene offene Sondenende, in ungefährer Höhe mit dem Pylorus. Ich liess einige Löffel Olivenöl reichen, welche die Kranke ohne Reaction vertrug, und zugleich eine kleine Gabe Opium gegen die Cardialgie. Letztere liess auch bald nach und die Kranke beruhigte sich wieder; nur der Unterleib blieb noch auf Druck schmerzhaft; der Puls hob sich auf 100. Am folgenden Tage, dem 24., fühlte sich die Kranke wohler, der Leib war weniger aufgetrieben und schmerzhaft, aber die Sonde noch genau an der alten Stelle. Am 26. reichlicher Stuhl nach Clysma, die Kranke gereizter, in sichtlichem Verdruss, dass ihr Manöver, wie es schien, nicht zum beabsichtigten Ziele führe. Sie hatte mittlerweile jetzt auch gestanden, dass sie die Sonde, sowie letztere auf dem Tisch lag, hinter dem Rücken des Arztes rasch weggenommen, durch die Nase sich eingeführt und in selbstmörderischer Absicht verschluckt habe. Die folgenden Tage brachten absolut keine Aenderung; nur zerfiel die ohnehin nur als vita minor noch existirende Patientin zusehends. Bemerkenswerth war die rothe Färbung des Urins, aus dem sich ein pigmentirtes Sediment (der zweifellose Farbstoff aus dem Sondenüberzug) einige Tage hindurch

Digitized by Google

absetzte. Aber der Zustand zog sich noch bis zum 9. März fort, unter andauerndem Schmerz in der Nabelgegend (auf Druck), kleinem, immer elenderem Pulse, und sichtlich zunehmendem Kräfteverfall. Am Abend des genannten Tags d. h. 18 Tage nach der Sondenverschluckung löschte endlich das spärliche Lebensflämmchen aus, nachdem einige Stunden vorher das bis dahin melancholisch höchstgradig verengerte Bewusstsein auffällig freier geworden war, sodass die Kranke dem auf ihren Wunsch herbeigerufenen Notar noch ihr Testament hatte dictiren können.

Bei der Autopsie fand sich der Magen in ziemlich vertical gestellter von r. oben nach l. unten gerichteter Stellung.

Die Kuppe des Zwerchfells stand l. am unteren Rande der 4., r. am unteren Rande der 5. Rippe.

Durch die Magenwandungen, welche sehr gedehnt waren, liess sich constatiren, dass die Schlundsonde sich hälftig gebogen hatte, und mit dem Bogen der Krümmung den Fundus in der Nähe der Cardia ausspannte, während die beiden Enden der parallel neben einander längs der grossen Curvatur herlaufenden Schlauchhälften am Antrum pylori lagerten. Das konische Ende ragte etwas gegen den Pylorus vor, das stumpfe (obere) stiess sich am Zwickel der Schleimhautklappe.

Beim Aufschneiden des Magens von der kleinen Curvatur aus erwies sich die Schleimhaut des Magens über und über bedeckt mit blutigem Schleim und einzelnen conglomerirten Blutklümpchen. Die bräunlich roth gefärbten Massen liessen sich nur schwer von der Magenwand entfernen. Die Schleimhautfalten selbst waren verflacht. Zwischen Fundus und grosser Curvatur, offenbar da, wo die Sondenspannung am intensivsten gewirkt hatte, klafft ein 4 cm langes, 3 cm breites Loch von ovaler Form, dessen Umrandung scharfkantig ist, trotzdem die Schleimhaut sich gegen die Serosa hin etwas umgekrempt hat.

Diese Oeffnung, aus welcher von aussen ein Stück der Sonde sich vorbuchtet, führt in ein mit bräunlichen Blutgerinnseln und Speiseresten (2 kleine Hülsen aus dem eingenommenen Gerstenschleim) gefüllte Höhle. Die Seitenwandungen dieser Höhle werden von den verlötheten Blättern der Bursa omentalis gebildet, während der Boden sich aus den gleichfalls durch peritonitische Adhäsionen verklebten, dem Magen zugewendeten Flächen des oberen Querstücks des Duodenums und des Pancreas zusammensetzt.

Die Lichtung der so gebildeten Höhlung zeigt ungefähr die Grösse eines Gänseeies. Die im Magen befindliche Sonde ist grösstentheils mit Blutgerinnseln überzogen, im übrigen bräunlich (der Farbstoff war bekanntlich durch den Urin abgegangen), und nur noch an den Umbiegungsstellen und Enden röthlich tingirt, verhältnissmässig noch ziemlich elastisch, in ihrem Gefüge ohne Zeichen von arrodirender Einwirkung des Verdauungssaftes.

Im oberen Theile des Dünndarmes findet sich blutig gefärbter, dünn-

Digitized by Google

flüssiger Inhalt. Die Schleimhaut ist nach Abspülung makroskopisch intact. — Im unteren Theile des Intestinums keine auffälligen Erscheinungen mehr. Aus dem übrigen Sectionsbefunde, speciell der Nervenorgane hebe ich noch kurz hervor, dass sich neben mässiger Windungsatrophie und starker Anämie des Gehirns eine ziemlich hochgradige Syringomyelie des Brustmarks vorfand.

Das ist in Kürze die Geschichte des casuistischen Falles, den ich Ihnen zur Kenntniss bringen wollte.

Dessen Inhalt selbst anlangend — von dem Beitrag abgesehen, den er zur erweiterten Kenntniss der Rüstkammer des Suicidiums liefert — ist mir aus der Literatur nur ein Parallelfall bekannt: das von *Leube* in seiner „Diagnostik der Magenkrankheiten" (Archiv für klinische Med. Bd. 23) erzählte Vorkommniss von unabsichtlichem Verschlucken einer zur Magenauswaschung eingeführten Schlundsonde. Bekanntlich spülte sich die letztere im citirten Fall, nachdem Extractionsversuche und auch Apomorphindosen fruchtlos geblieben waren, am 9. Tage von selbst wieder in den Oesophagus herauf, sodass sie von der Pat. herausgezogen werden konnte. Unser Fall verlief minder glücklich — wie ich mir denke 1) in Folge der maximalen Ausspannung des ohnehin schlaffen Magens durch die kräftige Elasticität der Sonde, und 2) in Folge des Sichverfangens der letzteren am Pylorus.

Wahrscheinlich leitete sich aber 3) schon bald durch die Zerrung der dilatirten Magenwand eine Paralysirung der letzteren ein, wodurch eine wirksame Peristaltik gehemmt wurde, zugleich aber (was noch verhängnissvoller für den Ausgang wurde) eine Anämisirung der hochgradig ausgespannten vorderen Magenwand mit nachfolgender Nekrotisirung, vielleicht auch mit Selbstverdauung der am stärksten gezerrten Stelle. Damit war dann auch die Bedingung zur Perforation gegeben, als deren klinischen Ausdruck wir wohl den mehrstündigen Collaps am 3. Tage nach Verschlucken der Sonde zu deuten haben. Zuvor aber mussten bereits genügende Adhäsionen sich gebildet haben (wahrscheinlich durch denselben mechanischen Reiz der spannenden Sonde), so dass der Bluterguss durch die Perforation in eine bereits präformirte Höhle erfolgen konnte. Leider war bei dem tiefgeschwächten Kräftezustand und bei der entschlossenen psychischen Gegenwirkung der Pat. an die Vornahme einer Operation (Laparotomie) nicht zu denken gewesen. Zum Schluss wurde das anatomische Präparat vorgezeigt.

3. Hofrath *Fürstner*-Strassburg: Ueber periphere Neuritis bei progressiver Paralyse.

Nach einer Uebersicht über die ausserhalb des Gehirns bei progressiver Paralyse zu findenden anatomischen Veränderungen (die spinalen Erkrankungen, die degenerativen Processe an den hinteren Wurzeln bei Tabes und bei progressiver Paralyse mit Hinterstrangaffection, die von *Hoche* in den Rückenmarkswurzeln bei Paralytikern mit Erkrankung der Seitenstränge

Digitized by Google

oder der Hinter- und Seitenstränge gefundenen Veränderungen) wendet sich *F.* der Besprechung der Veränderung an den peripheren Nerven zu: sie wurden u. A. von *Siemerling* und *Oppenheim* bei Tabes erwiesen; in deren Zusammenstellung findet sich schon ein Fall von progressiver Paralyse mit Hinterstrang- und Seitenstrangerkrankung und gleichzeitiger Degeneration von peripheren Nerven. *F.* erörtert nun die Frage: kommen bei der Paralyse oft oder regelmässig Degenerationen im peripheren Nervensystem vor, stehen letztere im directen Abhängigkeitsverhältniss zum centralen Process? *F.* skizzirt die beiden Fälle von *Pick*, der die aufgeworfene Frage bejaht hat, und theilt dann 2 einschlägige eigene Beobachtungen mit, beide betrafen typische Paralytiker; im ersten Falle waren überwiegend die Seitenstränge, im zweiten mehr die Hinterstränge erkrankt. Im ersten Falle Auftreten einer rechtsseitigen Serratuslähmung mit EaR, im zweiten Fall Peroneuslähmung, ebenfalls mit deutlicher EaR. Im ersten Falle fanden sich post mortem hochgradige degenerativ-atrophische Veränderungen im Muskel, hochgradiger Schwund der Nervenfasern, Zerfall der Markscheiden, Quellung der Axencylinder, starke interstitielle Wucherung; der Plexus war normal, auch die graue Substanz des Rückenmarks unverändert. Im zweiten Falle hat die anatomische Untersuchung noch nicht stattgefunden.

Unter den 5 aufgeführten Fällen waren 3 Peroneuslähmungen, einmal war der Thoracicus longus, einmal vor Allem der Saphenus major betheiligt. *F.* hält nun im Gegensatz zu *Pick* den Beweis noch nicht für erbracht, dass zwischen der peripheren Neuritis und der Paralyse ein directer Zusammenhang bestehe. Hinweisend auf die Thatsache (*Siemerling* und *Oppenheim*), dass eine Reihe anderer Factoren (Marasmus etc.) die periphere Neuritis bei Rückenmarkskranken hervorrufen können, hebt *F.* hervor, dass gerade bei Paralytikern in den letzten Stadien eine Reihe derartiger Factoren wirksam sind: Marasmus, innere febrile Erkrankungen (der Lunge, Blase u. s. w.), Druckwirkung bei hochgradig abgemagerten, dauernd bettlägerigen Kranken, Traumen, refrigeratorische Einflüsse bei Isolirten etc. Beweiskräftig würden sein periphere Neuritiden, die in frischen Stadien bei nicht marantischen oder anderweitig kranken Paralytikern festgestellt würden. *F.* räth besonders zu frühzeitiger, auch elektrischer Untersuchung der Handmusculatur und verlangt Untersuchung der peripheren Nerven bei der Obduction.

Discussion:

Binswanger-Constanz fragt mit Rücksicht darauf, dass unter den fünf Fällen von peripherer Lähmung, welche der Vortragende aufgezählt, 3 Peroneuslähmungen figuriren, ob nicht die mit der Peroneuslähmung behafteten Paralytiker etwa lange Zeit mit angezogenen Beinen gelegen hätten. *B.* behandelt einen jungen Mann, der, an einem schweren Typhus erkrankt, ein ganzes Jahr mit angezogenen Knieen gelegen und darauf eine ausge-

Digitized by Google

sprochene Peroneuslähmung dargeboten hätte. Er hält es für möglich, dass auch bei den erwähnten gelähmten Kranken die Peroneusaffection auf diese Weise entstanden sei.

Fürstner verneint diese Möglichkeit für seine Beobachtung.

4. Dr. *Wildermuth*-Stuttgart berichtet über 2 von Med.-Rath Dr. v. *Burckhardt*-Stuttgart operirte Fälle von Epilepsie aus seiner Praxis.

1) St., Carl, geb. 14. Febr. 1869, erlitt bei der Geburt durch Anlegen der Zange eine Knochenimpression der Scheitelgegend. In Folge dessen Parese der rechten oberen und in schwächerem Grad der rechten unteren Extremität. Langsame aber nicht gerade abnorme psychische Entwickelung. Abgesehen von eklamptischen Zufällen im 1. Lebensjahr, nie epileptische Zufälle, Schwindel oder Kopfschmerz. Im 15. Lebensjahr erstmals ein epileptischer Anfall, der sich anfänglich selten, schliesslich aber in Pausen von 8—20 Tagen, dann oft mehrmals am Tage wiederholt. Psychische Abnahme. Verlangsamung der Sprache.

Untersuchung am 10. Juni 1888: Tiefe, ca. markstückgrosse Impression am linken Scheitelbein, nach vorn an die Coronarnaht reichend, von der Sagittallinie 3 cm entfernt. Die Stelle ist druckempfindlich. Rechte Körperhälfte in toto verkümmert.

Rechter Facialis wesentlich im Gebiet der unteren Aeste paretisch. Knochen des rechten Arms im Wachsthum zurückgeblieben. Am meisten gestört Bewegung der Finger: Spreizen, Extension, Opposition des Daumens nicht möglich.

Grobe Muskelkraft am rechten Arm erheblich vermindert. Irgend feinere coordinirte Bewegungen unmöglich. Tastsinn an den Fingern und im unteren Theil des Vorderarmes erheblich vermindert, Wärmeempfindung undeutlich. Weniger bedeutend ist die Störung des Druck- und Muskelgefühles. Keine ausgesprochene Contractur.

Am Bein besonders am Unterschenkel und Fuss gleichfalls Atrophie der Muskulatur, sensible und coordinatorische Störungen, doch weit weniger als an der oberen Extremität.

Abdominal- und Patellarreflex rechts stärker als links.

Scrotalreflex links und rechts.

Pupillenreaction auf Lichteinfall links prompter als rechts, Augenbewegungen normal, übrigens am Auge keine functionelle oder anatomische Störung.

Anfälle stets genau in derselben Weise verlaufend, Aura in Form einer eigenthümlichen von den Fingern nach oben verlaufenden Sensation, starke Flexion des Arms. Erheben der flektirten Extremität bis zu einem rechten Winkel, dann Bewusstlosigkeit und zu Boden Sinken; nach dem Erwachen Kopfweh, einigemal auch Erbrechen. —

Innere Medication ohne dauernden Erfolg.

30. Juni 1888 Operation im Katharinahospital durch Herrn Med.-Rath

Digitized by Google

v. *Burckhardt*: Nach Spaltung der Haut über der eingedrückten Stelle durch einen Kreuzschnitt Ausmeisselung einer ca. Fünfmarkstück grossen runden Knochenplatte, deren Centrum die Impression bildet. An der cerebralen Fläche derselben findet sich ein mit der Hirnhaut verwachsenes Stück der Hirnrinde ca. 10 pfennigstückgross, entsprechend ungefähr dem mittleren vorderen Rand der Centralwindung, welches ausgeschnitten wird. Unter dieser ca. 2 mm dicken atrophischen Rindenportion stülpt sich eine weisse Membran vor, welche bei einer Brechbewegung platzt, worauf sich eine grosse Menge heller seröser Flüssigkeit entleert, welche noch 9 Tage nach der Operation den Verband durchfeuchtet.

Abgesehen von einem vorübergehenden Hirnprolaps, der keine weiteren Symptome macht, erfolgt die Heilung per primam, ohne Fieber, ohne Eintreten cerebraler Erscheinungen.

Austritt aus dem Spital am 18. September. Zunächst noch Fortgebrauch von Br. Ka. 27. October 1889 ohne nachweisliche Ursache ein leichter epileptischer Anfall. Seitdem keine Spur der Krankheit mehr, obgleich seit März 1890 kein Medicament mehr gebraucht wird.

Psychische Besserung.

Motorisches Verhalten wie vor der Operation. Bezüglich der Sensibilität unwesentliche Besserung.

2) Fräulein A., geb. 29. October 1869. Geburt und erste Entwickelung normal. Im Alter von $^5/_4$ Jahren acute fieberhafte Affection, mit rückbleibender Parese des rechten Arms. Uebrigens die Entwickelung namentlich in geistiger Hinsicht sehr gut. August 1877 heftiges Anstossen des Kopfes an die Kante eines Fensterladens. Wunde in der Galea der linken Frontoparietalgegend. Bewusstlosigkeit. Die betreffende Stelle seit dieser Zeit intensiv schmerzhaft.

Im November 1878 erstmals ein Anfall, bestehend in Starrwerden des rechten Arms und leichte Bewusstseinstrübung. Wiederholung der Anfälle in zunehmender Heftigkeit und Häufigkeit. Bis zu 45 in einem Jahr. Eintritt in *W.*'s Privatklinik 1. September 1890, von da bis zum Januar 1891 12 Anfälle:

Anfälle beginnen mit Angstgefühl. Anfänglich kribbelnde dann schmerzhafte Sensation längs des rechten Armes bis an den Punkt der Verletzung am linken Schädeldach, dann Jucken im rechten Arm, schwächer im rechten Bein, Drehung der Augen und des Kopfes nach links. Facialisgebiet kaum betheiligt. — Bewusstseinsverlust — dann leichte Zuckungen im linken Arm und Bein, aber weit schwächer und kürzer dauernd als rechts. Auffallend rasches Erwachen aus der Bewusstlosigkeit ohne soporöses Nachstadium. Status ergiebt: mässige Atrophie in der gesammten rechtsseitigen Armmuskulatur. Keine Behinderung des Längenwachsthums. Grobe Muskelkraft vermindert, ebenso Tastsinn an Hand, Fingern, Vorderarm, Störung der Coordination, des Druck- und Bewegungsgefühles, sowie der Wärmeempfindung.

Digitized by Google

Am Bein keine Parese. Patellarreflex rechts stärker als links, ebenso Plantarreflex. Im Gebiet des III. Quintusastes rechtsseitig Verminderung der Tastempfindlichkeit.

Schädel linksseitig etwas abgeflacht, an der linken Coronarnaht 5 cm von der Sagittalnaht findet sich eine thalergrosse auf Druck excessiv empfindliche Stelle.

Innere Medication, sowie die früher vorgenommene Excision der Narbe in der Kopfhaut ohne anhaltenden Erfolg.

Diagnose: Atrophische Partie in der Gegend des Fusses der II. Stirnwindung und der anschliessenden Partie der vorderen Centralwindung in Folge von Polioencephalitis im II. Lebensjahr. Reizzustand dieser Partie durch das später erfolgte Trauma und in Folge dessen epileptische Zufälle.

Operation 22. Januar im Katharinenhospital von Med.-Rath Dr. *v. Burckhardt*. Osteoplastische Schädelresection nach *Wagner*. Bildung eines ovalen 9 cm breiten, 10 cm langen Knochenlappens, dessen Convexität die Sagittalnaht zugewandt war. Hinteres Ende der nach abwärts gelegenen 3,5 cm breiten Knochenbrücke 4,5 cm oberhalb des äusseren Gehörganges. Umschneidung des Knochenlappens durch die *Sulzer*'sche Kreissäge, schliesslich durch Meissel und Hammer.

Subcutanes Durchstemmen der Knochenbrücke. Spaltung der Dura durch Kreuzschnitt. Pia mater zeigt sich namentlich im Bereich des Sulc. centr. hochgradig getrübt, ödematös. Nach ihrer Entfernung findet sich am Fuss der II. Centralwindung hochgradig atrophische Rindenpartie von ca. Bohnengrösse, welche excidirt wird.

Knochengalealappen wird zurückgebracht. Galea im ganzen Umfang durch Nähte angenäht.

Heilung der Wunde geht ohne lokale Störung vor sich.

Am 6. Tage Unruhe, leichte Aphasie und Paraphasie. Steigerung der Unruhe bis zu völliger Tobsucht. Aphasie. Zuckungen in den Beinen und im linken Arm.

Vom 15. Tag an ziemlich plötzlich Aufhellung des Bewusstseins. Wiederkehr der Sprache.

Arm, anfangs complet gelähmt, bessert sich gleichfalls.

Am 33. Tage nach der Operation wird Patientin aus dem Spital entlassen.

Seit der Zeit ganz erhebliche psychische Besserung, ebenso bessert sich das motorische Verhalten des rechten Arms, so dass Pat. denselben jetzt weit besser gebrauchen kann, als vor der Operation. Sensible Störung nicht entsprechend gebessert. Druckempfindlichkeit in der linken Frontalgegend völlig verschwunden. Von Anfällen zeigt sich nichts mehr, nur 4 mal theilweise sehr unbedeutende Zustände von Pavor nocturnus.

Ref. will in Uebereinstimmung mit *Bergmann* und *Sahli* hirnchirurgische Eingriffe auf Fälle typischer corticaler Epilepsie beschränkt wissen; letztere ist von der genuinen Epilepsie absolut zu trennen, sie hat mit derselben

Digitized by Google

pathologisch nichts zu thun. In Erwägung wäre zu ziehen, ob nicht die einzelnen Fälle von reiner Polioencephalitis acuta mit Schwielenbildung in der motorischen Zone, Hemiparese und epileptischen Zufällen operativen Eingriffen zugänglich wären?

Discussion.

Ludwig: Die unzweifelhaften günstigen Erfolge, (insbesondere nach *Wagner*'s Methode der Resection) sind freudig zu begrüssen; indessen ist es geboten, sein Urtheil nicht auf den kurz nach der Operation, sondern auf den nach langer Zeit erhobenen Befund zu stützen.

Fürstner: Eine grosse Schwierigkeit liegt darin, dass auch bei Rindenaffection typische epileptische Anfälle auftreten können. Es kommen ferner immer noch Fälle vor, wo trotz auf sorgfältiger Untersuchung beruhender Diagnose keine Anomalie in der Rinde oder tiefer gelegenen Gegenden gefunden wird. *F.* empfiehlt die Knochenöffnung möglichst umfangreich zu machen, damit man sich gut orientiren könne. Die Mittheilung günstiger Fälle dürfte auch dazu beitragen, dass das Publikum sich vertrauensvoller zur Zulassung der im Ganzen nicht mehr sehr gefährlichen Operation entschlösse. Bevor von „Heilung" derartiger Fälle („Epilepsie") berichtet würde, müsste die Beobachtungszeit nach der Operation eine möglichst lange sein, da vorübergehendes Cessiren der Anfälle bei sehr verschiedenen Eingriffen beobachtet werden könne. Ferner sollten auch die Fälle mit ungünstigem Erfolg veröffentlicht werden.

Kirn: Die bisherigen Erfolge bedeuten schon einen grossen Fortschritt; die Indicationen müssen natürlich noch weiter auf das sorgfältigste geprüft werden. Eine wesentliche Gefahr bringt bei dem heutigen Stand der Chirurgie die Operation nicht mehr.

Wildermuth: Der Eingriff ist immerhin — wie das der zweite der obigen Fälle zeigt — auch vom chirurgischen Standpunkte aus nicht so ganz harmlos. *Fürstner* gegenüber hebt *W.* die Vortheile der Lappenbildung nach *Wagner* hervor: sie ermögliche genaue Orientirung.

Zweite Sitzung am 8. November Vormittags 9 Uhr.

Den Vorsitz übernimmt Geh. Hofrath *Schüle*-Illenau. Derselbe schlägt im Verfolge einer am vorigen Tage von Geh. Rath *Ludwig* gegebenen Anregung der Versammlung vor, Themata, die sich zur Besprechung auf der nächstjährigen Versammlung eignen, zu wählen und hierzu Referenten und Correferenten zu ernennen. Nach längerer Debatte, an der sich die Herren *Karrer*, *Binswanger*, *Schüle*, *Schoenthal*, *Wildermuth*, *Kirn* betheiligen, werden als solche Themata bestimmt:

I. Ueber die Indication und Anwendungsweise der Hydrotherapie bei psychischen Aufregungszuständen; Referent: Hofrath Prof. *Fürstner*-Strassburg, Correferent: Dr. *Feldbausch*-Emmendingen.

II. Ueber die innere Einrichtung und die nöthige Zahl von Zellen in

Digitized by Google

einer Anstalt. Ref.: Geh. Rath *Ludwig*-Heppenheim, Corref. Dr. *Kreuser*-Winnenthal.

Als Ort der Versammlung wurde für 1892 wiederum Karlsruhe gewählt, als Geschäftsführer San.-Rath *Stark*-Stephansfeld und Med.-Rath *Fischer*-Pforzheim.

5. Dr. *Georg Ilberg*-Heidelberg: Ueber Kochsalzinfusion bei collabirten, Nahrung verweigernden Geisteskranken.

Der Vortrag ist in diesem Hefte S. 620 u. ff. ausführlich mitgetheilt.

Discussion.

Wildermuth fragt, ob die vom Vortragenden erwähnte Sensation auf der Zunge auch bei Einführung der Lösung in den Darm bemerkt wurde.

Ilberg: Ueber Eingiessung der Lösung in den Darm besitze er keine Erfahrung; wenn die 0,75 procentige NaCl-Lösung getrunken wurde, trat die gekennzeichnete Wirkung nicht ein.

Schüle: betont die Wichtigkeit des an sich ja einfachen Verfahrens für die kritische Zeit heruntergekommener Abstinirender, bei denen die Zwangsfütterung unmöglich oder contraindicirt sei. Betreffs der dursterzeugenden Wirkung des Mittels gedenkt er einer wiederholt in Illenau mit Erfolg angewandten Procedur, Abstinirende durch Einführung eines Extracts aus Häringslake zu spontaner Flüssigkeitsaufnahme anzuregen und fügt hinzu, dass eine durch die Sonde eingeflösste Salzlösung wegen der Gefahr einer Gastritis nicht zu concentrirt sein dürfe.

6. Dr. *Vorster*-Stephansfeld: Ueber einen Fall von cerebraler Hemianästhesie.

Es handelt sich um einen 49jährigen Kranken, der in Folge eines Schlaganfalles eine motorische und sensible Lähmung der linken Körpertheile, sowie Amaurose auf beiden Augen davontrug. Die motorischen Störungen, sowie der grösste Theil der sensiblen Störungen bildeten sich in wenigen Tagen zurück. Partielle Empfindungslähmungen der linken Seite blieben jedoch Monate lang fortbestehen. An Stelle der Amaurose wurde 14 Tage nach dem Anfall eine linksseitige Hemiopie bemerkt. Zugleich stellten sich Seelenblindheit und Farbenblindheit ein. Unter dem Einflusse von massenhaften Sinnestäuschungen im Bereiche des Gesichtssinns entwickelte sich ein Zustand von acuter hallucinatorischer Verwirrtheit. Der Kranke bedrohte seine Umgebung mit dem Revolver, und musste wegen seiner Gefährlichkeit einer Anstalt überwiesen werden.

Die Aufnahme in Stephansfeld erfolgte 2 Monate nach dem Anfalle. Hier bildeten sich allmälig unter dem Nachlasse der Sinnestäuschungen die Erscheinungen der acuten Verwirrtheit zurück. Auch die Seelenblindheit und Farbenblindheit, sowie die partiellen Empfindungslähmungen schwanden. Die perimetrische Untersuchung ergab neben der linksseitigen eine incomplete homonyme rechtsseitige Hemiopie. In beiden rechten

Digitized by Google

Gesichtsfeldhälften blieb der Ausfall für weiss um 40° vom Fixirpunkt entfernt, in beiden linken um 10°. Farben und Gegenstände wurden nur im Fixationsgebiet erkannt. Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab ein negatives Resultat. Nach $2^1/_2$ monatlichem Aufenthalte wurde der Patient entlassen.

Vortr. fasst die einige Tage nach dem Aufenthalte bestehende Amaurose auf als den Effect einer doppelseitigen, completen und absoluten homonymen lateralen Hemiopie.

Die Rückbildung der doppelseitigen completen zu einer doppelseitigen incompleten Hemiopie ist sowohl in den linken wie in den rechten Gesichtsfeldhälften vom Centrum aus nach der Peripherie zu erfolgt. Die doppelseitige homonyme Hemiopie führt zu der Annahme einer selbständigen Läsion der centralen, hinter dem Chiasma gelegenen Opticusbahnen. Weiter begründet ist die Annahme eines doppelseitigen Sitzes der Erkrankung durch den Nachweis der Seelenblindheit, da nur doppelseitige Affectionen der Occipitallappen Seelenblindheit zu erzeugen vermögen. Da eine Section nicht vorliegt, geht Vortragender auf eine genauere Localisation der Läsion nicht näher ein.

Von besonderem Interesse ist auch die Genese und der Verlauf der acuten hallucinatorischen Verwirrtheit. Dieselbe ist im unmittelbaren Anschlusse an die centralen Sehstörungen entstanden und zeichnet sich durch das Auftreten massenhafter Sinnestäuschungen im Bereiche des Gesichtssinnes aus. Der Uebergang von den centralen Sehstörungen zu den Gesichtstäuschungen, besonders der Uebergang von den Erscheinungen der Seelenblindheit zu den Gesichtsillusionen erscheint völlig verwischt. Die Thatsache, dass dem Kranken seine Umgebung verändert, dass ihm sein eigenes Bild im Spiegel verändert erscheint, kann sowohl als Symptom der Seelenblindheit wie auch als Gesichtsillusion aufgefasst werden. Die Gesichtstäuschungen des Kranken erwecken in einem gewissen Sinne den Eindruck von Herdsymptomen.

Discussion.

Schüle: stimmt der vom Vortr. gegebenen Auffassung des Falles zu; was die Frage der Localisation anlangt, so ist er geneigt, nach Analyse des Krankheitsbildes, besonders in Erwägung der starken Betheiligung des Bewusstseins eher eine Oberflächenerkrankung (Rindenerweichung im Occipitallappen, bis in den Scheitellappen), als einen Herd im Marklager (vom optischen Hinterhauptscentrum aus durch die Sehstrahlungen nach der innern Kapsel) anzunehmen.

7. Dr. *Kreuser*-Winnenthal: Ueber Druckempfindlichkeit der Schädelnähte.

Vor 2 Jahren war der Winnenthaler Anstalt ein Untersuchungsgefangener zur Beobachtung zugewiesen worden, der einen Mord unter Umständen

Digitized by Google

begangen hatte, welche die Annahme eines Zustands von transitorischer epileptischer Bewusstseinsstörung zur Zeit der That nahe legen mussten. Der 19jährige, bisher gut beleumundete, körperlich etwas schwächlich entwickelte Bauernbursche hatte bei einem Sonntagnachmittagsspaziergange in den Wald einem 9jährigen Knaben erst den Kopf glatt rasirt, ihm Hände und Füsse gebunden und dann mit dem Rasirmesser in einem Zuge den Hals bis auf die Wirbelsäule durchschnitten. Für diese That fehlte jegliches Motiv, nach derselben hatte der Mörder ein so unbefangenes Benehmen an den Tag gelegt, dass sich erst 2 Tage später hinreichende Verdachtsgründe zu seiner Verhaftung ergaben. In den Verhören und während der Beobachtungszeit bestritt er erst jegliche Erinnerung für den ganzen Vorgang, was er indess weiterhin nicht vollständig aufrecht erhalten konnte. Er äusserte jetzt aufrichtigen Kummer über die That namentlich auch mit Rücksicht auf seine dadurch ihres Ansehens beraubte Familie und betheuerte wiederholt, dass so etwas gewiss nicht hätte vorkommen können, wenn er bei klarem Verstande gewesen wäre.

Die Anamnese ergab eine hereditäre Belastung von Seiten des Vaters, welcher nach einer Erkrankung an Melancholie noch 2 Söhne gezeugt hatte, von denen Explorand der ältere war, der jüngere an schwerer Epilepsie mit fortschreitender Verblödung litt. Die mit häufigen Störungen der Nachtruhe verbundene Verpflegung des letzteren hatte seit einigen Jahren fast ausschliesslich dem ersteren obgelegen. — Er selbst wollte vor 2 Jahren einmal einen Anfall gehabt haben, und während der Beobachtungszeit sollen jeweils unmittelbar nach dem Erwachen noch dreimal solche sich eingestellt haben, von denen zwar niemand etwas gesehen hatte, von denen er aber eine Schilderung gab, welche recht charakteristisch für ‚petit mal' lautete. Jedenfalls war an den darauf folgenden Tagen sein ganzes Verhalten ein merklich gedrückteres und das körperliche Befinden durch Kopfschmerzen und Schwindelgefühle beeinträchtigt. Von den für überstandene epileptische Anfälle charakteristischen äusseren Beschädigungen war nie etwas nachzuweisen gewesen, auch Degenerationszeichen fehlten, allein auffallend im somatischen Befunde war eine ausserordentliche Empfindlichkeit sämmtlicher einer Betastung leicht zugänglichen Schädelnähte auf schon leichten Fingerdruck, sodass Explorand jedesmal laut zu wimmern anfing, wenn ein solcher ausgeübt wurde, während alle anderen Partieen des Schädels mit beliebiger Kraftanwendung abgetastet werden konnten, ohne dass irgend eine Schmerzäusserung erfolgt wäre. Dieser uns bisher fremden Erscheinung glaubten wir einen pathologischen Charakter zuerkennen zu sollen, sie schien uns auf krankhafte Vorgänge innerhalb des Schädels hinzuweisen, deren Natur für durch die mit der so auffallenden That wohl in Einklang zu bringenden nicht unglaubwürdigen Angaben des Exploranden angezeigt gelten musste.

Immerhin konnte diese Auffassung bei den dürftigen positiven Anhaltspunkten nur mit dem Vorbehalt ausgesprochen werden, dass ihre Richtigkeit

Digitized by Google

durch den vielleicht erst in jahrelanger Beobachtung möglichen Nachweis epileptiformer Anfälle zu bestätigen sei. Das Gericht holte noch die Gutachten zweier weiterer Sachverständigen ein. Da auch diese nicht mehr positive Untersuchungsbefund erhielten, so erklärte sich der eine ausser Stande die Willensunfreiheit zu beweisen, der andere glaubte diese ausschliessen zu können und Explorand wurde verurtheilt. In der Strafanstalt haben seither weder epileptische noch anderweitige psychopathische Erscheinungen bei ihm beobachtet werden können. Er ist dem Zuchthausarzte, welchem übrigens die verschiedenen ärztlichen Gutachten nicht vorgelegt worden sind, nur gelegentlich leichter Störungen seines körperlichen Befindens bekannt geworden. Die Druckempfindlichkeit seiner Schädelnähte, die den anderen Sachverständigen nicht so auffallend und bedeutungsvoll erschienen war, ist, wie ich mich kürzlich überzeugen konnte, immer noch eine sehr ausgesprochene besonders entlang der Pfeilnaht, vorzugsweise an ihren beiden Endpunkten.

Durch diesen in der Kürze referirten gerichtlichen Fall musste meine Aufmerksamkeit dem Symptome der Druckempfindlichkeit der Schädelnähte und dessen etwaiger pathologischer Bedeutung um so mehr zugewandt werden, als ich vergeblich in der Litteratur Belehrung hierüber gesucht hatte. Nur eine einzige Mittheilung von *Fränkel* vermochte ich über „Sensibilität der Schädelnähte" aufzufinden. (*M. Fränkel*, Director der Landesirrenanstalt bei Bernburg; *Virchow*'s Archiv 75, p. 401.) Gelegentlich der Untersuchungen und Messungen an den Köpfen geistesgestörter Individuen, wie bei Geistesgesunden war diesem aufgefallen, dass die Nahtverbindungen am Schädel eine höhere Sensibilität besitzen, als die übrigen Knochentheile, ganz besonders an der Stelle, wo Kranz- und Pfeilnaht zusammentreffen. Um sich von der Richtigkeit der Sache zu überzeugen, sagt er, bedürfe es nur des Einsetzens eines Fingernagels, mit dem man über die unbehaarte Stirnhaut hinweg aufwärts gegen die meist vertiefte Stelle der ehemaligen grossen Fontanelle streiche. Empfinde man dabei unterhalb fast nur die Berührung, so meine man einen Schnitt wahrzunehmen, sobald die genannte Stelle getroffen werde. Setze man statt des Nagels die Fingerspitze mit auch nur gering verstärktem Drucke ein, so zeige sich eine Art dumpfen betäubenden Schmerzgefühls, das nach allen Richtungen der nächsten Umgebung ausstrahle. Beide Experimente gelingen und zwar an allen erreichbaren Schädelnähten, am besten bei jüngeren und sensiblen Individuen, seltener oder gar nicht bei Greisen, wahrscheinlich in Folge des theilweisen oder gänzlichen Verstreichens der Nähte. Am empfindlichsten scheinen die Nähte in der Nähe der ehemaligen Fontanellen zu sein, nicht allein der grossen, sondern auch der kleinen und Seitenfontanellen. Bei Individuen, die an Hyperästhesie leiden, sei der Druck so schmerzhaft, dass man den Zustand als Raphalgia cranii bezeichnen könnte. Letzteres treffe man namentlich bei Säufern.

Fränkel führt weiter aus, dass es nicht sowohl die Cutis, als

Nahtverbindung selbst sei, welche die schmerzhafte Empfindung vermittle, indem er eines Falles erwähnt, bei welchem durch eine Kopfwunde die Pfeilnaht freigelegt und der Knochen von Periost entblösst gewesen sei. — Er bespricht die Verwerthbarkeit dieser Erscheinung zur Bestimmung der Schädelknochengrenzen für praktische Zwecke und hebt endlich ihre Bedeutung für die Pathogenese von Psychosen durch Kopfverletzungen hervor. Möglicherweise beruhe die Häufigkeit der Epilepsie bei Säufern nicht sowohl auf dem directen Einflusse des Alkohols, als auf der durch ihn hervorgerufenen Hyperästhesie der Kopfhaut und insbesondere der Schädelnähte, welche selbstverständlich bei derlei Individuen häufigen Unbilden ausgesetzt seien. Nüchterne Epileptiker leiden nach seiner Erfahrung selten an Hyperästhesie, öfter an Anästhesie der Kopfhaut, wenigstens solche, bei denen zugleich Schwachsinn vorliege.

Diese Mittheilung hat bisher meines Wissens keine weitere Verwerthung gefunden; nur in *Meynert*'s „Klinischen Vorlesungen über Psychiatrie" ist ihrer (pag. 126) bei Besprechung des Kopfschmerzes als Initialsymptom der Dementia paralytica kurze Erwähnung gethan. —

Im Laufe der letzten Monate auf diesen Punkt gerichtete Untersuchungen an Gesunden, Pfleglingen unserer Anstalt, sowie mit Erlaubniss und Unterstützung von Dr. *Habermaus* in Stetten an dort verpflegten Epileptikern haben mir nun bestätigt, dass vermittelst der oben angegebenen höchst einfachen Methode sich unschwer nachweisen lässt, dass bei der Mehrzahl von Gesunden und Kranken ein schon leichter Fingerdruck über den Schädelnähten eine andere, specifische Empfindung hervorruft, als sie bei gleicher Einwirkung an allen übrigen Punkten des Schädels entsteht. Ueber die Qualität derselben unterrichtet man sich am besten womöglich am eigenen Schädel. In der Regel wird sie selbst von sehr empfindlichen Gesunden weniger als eigentlich schmerzhaft, wohl aber als unangenehm, schneidend, juckend bezeichnet. Ein Herr giebt an, dass das Druckgefühl an den Nähten länger anhalte, als an den übrigen Stellen; 2 Wärter der Anstalt in Stetten klagten nach der Untersuchung für den Rest des Tages über Schwindel. Untersucht man bei einem und demselben Individuum öfters zu verschiedenen Zeiten, namentlich auch bei leichten mit spontanen Kopfschmerzen verbundenen Störungen des Allgemeinbefindens, so wird man bei letzteren selten Steigerungen der Empfindlichkeit bis zu wirklichem Schmerz vermissen.

Meist habe ich mich bis jetzt auf Untersuchung der leicht zugänglichen Nähte — Kranz-, Pfeil- und Lambdanaht — beschränkt und war es in der Regel die Pfeilnaht, an welcher die besprochene Empfindung am Deutlichsten hervorzurufen gewesen war, nicht immer gerade an ihren Endpunkten, den Stellen der früheren grossen und kleinen Fontanelle, sondern recht häufig auch an verschiedenen Stellen ihres Verlaufs über die Scheitelhöhe. Bei gleichzeitig vorhandenem spontanem Kopfschmerz

Digitized by Google

entspricht dessen Localisation nur im Allgemeinen der druckempfindlichsten Stelle.

Immerhin von mehr als $^1/_3$ der Untersuchten — bestimmtere Zahlenangaben vermag ich vorerst im Hinblick auf die öfters unsicheren und wechselnden Angaben vieler Personen nicht zu machen — wurde jede besondere Empfindung an den Nähten geläugnet und bei diesen sah ich sie auch nicht etwa auftreten, wenn spontane Kopfschmerzen geklagt wurden. Gaben auch allerdings vorzugsweise die älteren und torpideren Individuen solch negative Befunde, so kommen diese doch auch bei jugendlichen, selbst Kindern und solchen, die zu sensibleren Naturen gerechnet werden müssen, zweifellos viel häufiger vor, als dass zur Erklärung die Annahme einer Nahtsynostose ausreichen würde. Entsprechende directe Sectionsergebnisse fehlen mir freilich vorerst, aber der Befund von verknöcherten Nähten ist jedenfalls weit seltener, als das Fehlen jener Empfindung am Lebenden.

Bei Geisteskranken waren negative Resultate im Ganzen entschieden häufiger als bei Gesunden: sie bilden die Regel bei den meisten Verblödeten und chronisch Verrückten, den vorgeschrittenen Paralysen. Sowohl der geringe Grad von Aufmerksamkeit als die Abstumpfung der meisten Empfindungen bei solchen Kranken erklären dies zur Genüge. Ebenso liefern begreiflicher Weise anhaltend Erregte und Verwirrte fast immer negative oder wenigstens zweifelhafte Ergebnisse.

Dagegen ist bei frischen Psychosen, insofern nicht etwa einer der letzterwähnten Factoren störend eingreift, weit seltener eine exquisite, häufig unverkennbar gesteigerte Druckempfindlichkeit zu vermissen. Es gilt dies namentlich von melancholischen Formen mit etwas protrahirtem Verlauf, und wenn ich mich nicht täusche, so wird bei letzteren in der Regel der Fingerdruck über der Lambdanaht und der kleinen Fontanelle am Schmerzhaftesten empfunden.

Bevor ich zu einigen Fällen mit sehr gesteigerter Empfindlichkeit übergehe, möchte ich ein Präparat vorzeigen von einem Patienten stammend, welchen ich in dieser Richtung niemals untersucht hatte. Offenbar mit Hilfe einer besonderen Empfindung an derselben hat Patient sich seine sogar schon in Verwachsung begriffene Pfeilnaht selbst herausgetastet, um sie als Angriffspunkt für ein Conamen suicidii zu wählen. Derselbe, an acuter hallucinatorischer Verwirrtheit mit schweren Angstparoxysmen leidend, hatte auch sonst eine ausserordentliche Energie in Selbstbeschädigungsversuchen an den Tag gelegt: er hatte sich, wie er während einer bedeutenden Remission seiner Krankheit selbst bestätigte, durch den Druck der eigenen Fäuste 3 Rippen fracturirt und starb schliesslich an einer Aspirationspneumonie, die er sich dadurch zugezogen hatte, dass er abwechselnd mit Nahrungsverweigerung Speisen in möglichst grosser Menge in den Mund stopfte, ohne sie hinabzuschlucken, in der Absicht, sich dadurch zu ersticken. Zuvor aber hatte er vermittelst eines von ihm entwendeten zur

Digitized by Google

Pfeifenreinigung bestimmten stumpfen Eisendrahts, während er sich schlafend stellte, den eigenen Schädel in der Pfeilnaht durchbohrt. Erst nachträglich muss er auch noch, wie die Besichtigung des Bohrlochs zeigt, ein schneidendes Instrument, das nachher nicht aufgefunden werden konnte, in das Bohrloch eingedrückt haben. Die Dura mater erwies sich als dicht neben dem Längsblutleiter perforirt, und von hier ausgehend fand sich eine umschriebene eitrige Meningitis, die während des Lebens neben dem übrigen Krankheitsbilde nicht besonders in Erscheinung getreten war.

Ausserordentlich empfindlich auf Druck, so dass die Betreffenden bei solchem jedesmal lebhaft zusammenzuckten, erwies sich in zwei Fällen von acuter Verwirrtheit die Gegend der früheren grossen Fontanelle. Der eine derselben betrifft eine 26jährige im Puerperium erkrankte Bauersfrau, bei welcher sich der Krankheitsverlauf durch regelmässige recht erhebliche Remissionen während der Nachmittagsstunden auszeichnet. Anfangs mehr als jetzt litt sie an heftigen spontanen Kopfschmerzen. Neuerdings bei nachlassenden psychischen Krankheitserscheinungen verliert auch die Druckempfindlichkeit über der besagten Stelle an Intensität. — Beim 2. Falle handelt es sich um einen 21jährigen Artilleristen, der, erblich belastet, im Mai d. J. eine Verletzung durch Hufschlag in der rechten Schläfengegend erlitt. Diese heilte per primam, ohne dass ausser einer kurz dauernden Bewusstlosigkeit nach dem Schlage cerebrale Symptome aufgetreten wären. Erstmals im Juni stellte sich ein acuter Zustand von Verwirrtheit ohne Hallucinationen, aber mit hochgradiger Incohärenz der Vorstellungen und motorischem Drange, besonders Neigung zu planlosem Davonlaufen ein, der sich seither in unregelmässigen Intervallen mit wechselnder Intensität und mit verschieden langer Dauer mehrmals wiederholt hat. Diese Anfälle, für welche nachher völlige Amnesie besteht, werden jedesmal durch sehr heftige Kopfschmerzen eingeleitet. Mit deren Eintritt wird die auch während der Intervalle recht auffallende Druckempfindlichkeit der Nähte, besonders der Gegend der früheren grossen Fontanelle, zu einer ganz excessiven und überdauert in dieser Stärke die einzelnen Anfälle um mehrere Tage.

Von besonderem Interesse erscheint ferner die Beobachtung an einem 36jährigen erblich belasteten auf alkoholischer Basis an Paranoia erkrankten Bauern. Der Krankheitsverlauf bei demselben ist remittirend derart, dass in unregelmässigen Perioden Zustände von stärkerer Erregung mit lebhaften Grössenwahnideen auftraten, zwischen welchen längere Intervalle, während der kaum je ein Wahn geäussert wird, liegen. Von Zeit zu Zeit treten nun in dem letzteren abortive Erregungszustände auf von 2—3 tägiger Dauer, während welcher Patient mürrischer und gereizter wird, eigenthümlichen motorischen Drang zeigt — er muss sich immerfort strecken, — Kopfschmerzen und Ueblichkeit klagt. Die objective Untersuchung liess gleichzeitig eine gesteigerte Druckempfindlichkeit besonders in der Gegend der früheren grossen Fontanelle und eine Pulsverlangsamung bis auf 40 Schläge wahrnehmen.

Digitized by Google

Auch bei Geisteskranken mit nur mässiger Druckempfindlichkeit liess sich wiederholt eine Steigerung derselben während intercurrenter allgemeiner mit Kopfschmerzen einhergehender Indispositionen nachweisen.

Von Paralytikern habe ich bisher nur bei einer in erheblicher Remission befindlichen weiblichen Kranken im Alter von 33 Jahren ein positives Resultat erhalten. Dieselbe ist auf luischer Basis erkrankt und bot bei der Aufnahme eine starke rechtsseitige Hemiparese besonders im Bereich der oberen Extremität, im Facialis- und Oculomotorius-Gebiet. Nachdem mit deren Zurückgehen (unter Jodkaligebrauch) auch das psychische Befinden sich wesentlich gebessert hatte, traten immer noch recht häufige Attaquen von betäubendem Schmerz besonders im Hinterkopf auf. Während und nach diesen war eine ausserordentliche auf die rechte Seite der Kranznaht sich beschränkende Druckempfindlichkeit zu constatiren.

Ueber Epileptiker, die unserer Anstalt nur ausnahmsweise zugehen, hat Kollege *Habermaas* die Freundlichkeit gehabt, die gemeinschaftlich mit ihm begonnenen Untersuchungen eifrigst fortzusetzen und sie mit an gesunden Erwachsenen und Kindern gewonnenen Ergebnissen zu vergleichen. Aus seiner Zusammenstellung geht hervor, dass von den Epileptischen 50 pCt., von den Gesunden 35 pCt. eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit ihrer Schädelnähte zeigten; bei den letzteren vertheilte sich dieselbe ganz gleich auf beide Geschlechter, während bei den Epileptikern das männliche Geschlecht eine grössere Anzahl von Empfindlichen aufwies.

Zieht man die verschiedenen Altersstufen in Betracht, so weisen die niederen zwar eine grössere Anzahl von Empfindlichen auf, deren Abnahme mit den Jahren ist aber keineswegs eine stetige; vielleicht ist nur das Zahlenmaterial noch zu klein, um eine solche deutlicher hervortreten zu lassen. Die Epileptiker jenseits des 40. Lebensjahres ergaben sämmtlich negative Resultate; bei Gesunden kommt auch jenseits des 60. noch sehr ausgesprochnene Empfindlichkeit vor.

Zum Theil mag sich diese Abnahme mit den Jahren aus der Krankheitsdauer erklären, die von unverkennbarem Einfluss auf das besprochene Symptom zu sein scheint. Denn sämmtliche Untersuchte, bei welchen die Epilepsie noch nicht länger als 5 Jahre bestand, waren empfindlich, während bei längerer Dauer die Zahl der Unempfindlichen stetig wächst, wenigstens bei einer Dauer bis zu 20 Jahren; darüber hinaus verschieben sich die Verhältnisse wieder in unregelmässiger Weise vielleicht nur wegen zu niedriger denselben zu Grunde liegender absoluter Zahlen.

Ganz unverkennbare Beziehungen ergaben sich zum psychischen Verhalten der Epileptiker. Wo dies normal geblieben ist, finden sich 81 pCt. Empfindliche; bei leichtem Schwachsinn sinkt die Verhältnisszahl auf 55, bei mittleren Graden desselben auf 30 und bei hochgradigem Schwachsinn auf 11.

Alle die erwähnten Beziehungen möchte ich übrigens vorerst nicht als gesetzmässige, sondern nur als einer Regel unterworfene bezeichnen, von

Digitized by Google

welcher bislang nicht hinreichend zu erklärende Ausnahmen vorkommen. Ebenso ist das Verhalten der Druckempfindlichkeit unmittelbar nach einzelnen oder gehäuften Anfällen kein constantes; in 10 Fällen, die darauf speciell geprüft werden konnten, fehlte 2mal jede Veränderung gegen vorher, 2 mal schien die vorher nachgewiesene Empfindlichkeit nach den Anfällen aufgehoben zu sein; 3mal dagegen trat sie nach solchen auf, wo sie gefehlt hatte, und 3 mal war sie auf mehr Nähte als vorher ausgedehnt.

Meist war auch hier die Pfeilnaht, nicht immer vorzugsweise an ihren Endpunkten, zumeist empfindlich. Bei einem 16jährigen Jungen mit stark hydrocephalem Schädel war ausser den übrigen Nähten auch noch die Stirnnaht und besonders die Stelle der früheren grossen Fontanelle sehr empfindlich. Einige ausgesprochene Mikrocephalen waren alle unempfindlich. — Viel häufiger als sonst war bei Epileptikern eine Differenz im Grade der Empfindlichkeit zwischen beiden Seiten der Kranz- und Lambda-Naht wahrzunehmen; in einem dieser Fälle entspricht der schmerzhaftesten Stelle an der Kranznaht eine flache Depression im Knochen. In einigen anderen sind halbseitige Krampf- und Lähmungserscheinungen vorhanden, welche nur bei einem die gekreuzte, bei mehreren dieselbe Körperseite betreffen.

Steigerung der Empfindlichkeit bis zum Schmerz fand sich bei 6 der Epileptischen, die auch an häufigen spontanen Kopfschmerzen litten; anderweitige entsprechende Besonderheiten im Krankheitsbilde liessen sich nicht auffinden. — Von 2 Epileptischen wurde fast genau übereinstimmend bei Druck auf die Stelle der früheren kleinen Fontanelle ein eigenthümliches Stechen in der Stirne empfunden. Ein Knabe mit guter Intelligenz bezeichnete die bei Druck auf die Nähte entstehende Empfindung als juckend und unterschied dieselbe wesentlich von einem eigenthümlichen Wärmegefühl, das sich mit zeitweise spontan auftretenden Schmerzen in einer Trepanationsnarbe des rechten Scheitelbeins zu verbinden pflegte.

Unempfindlich war endlich ein 11jähriger Knabe, der nur an Chorea gelitten hatte, mässig empfindlich mit Differenzen zwischen beiden Seiten ein 18jähriger junger Mann, bei dem seit 2 Jahren epileptische Anfälle ausgeblieben sind, der aber an multipler Sklerose leidet.

Sprechen so die bisherigen Ergebnisse dafür, dass bei chronisch Gehirnkranken eine Abstumpfung der Druckempfindlichkeit an den Schädelnähten häufiger ist, als bei Gesunden, dass dagegen bei acuten intracraniellen Processen Steigerungen derselben bis zu intensivem Schmerz, Differenzen zwischen beiden Seiten einer Naht und vielleicht besondere Ausstrahlungen der Empfindung auf grössere Entfernungen mehr oder weniger häufig vorkommen, was alles bei Gesunden nicht beobachtet werden konnte, so sind diese Untersuchungen doch nicht systematisch genug durchgeführt, um zu bestimmten diagnostischen Folgerungen zu berechtigen. Immerhin vermag mit der angegebenen Methode in vielen Fällen das rein subjective Symptom des Kopfschmerzes etwas mehr objec-

Digitized by Google

tivirt zu werden, und es dürften auch vermittelst derselben nachgewiesene Steigerungen sowie unzweideutige qualitative Abweichungen der an den Nähten des Schädels zu weckenden Empfindungen in dubio die Wahrscheinlichkeit von innerhalb desselben bestehenden Circulationsstörungen erhöhen; ob auch für deren ungefähre Localisation Gewinn daraus zu erwarten ist, muss dahingestellt bleiben.

Die specifische Empfindlichkeit der Schädelnähte muss durch Nerven vermittelt werden, welche der Dura mater angehören, die ja an den Nähten eine festere Anhaftung und damit eine individuell vielleicht verschieden entwickelte Communication mit dem Epicranium, zunächst dem äusseren Periost, zeigt.

In Ermangelung des directen anatomischen Nachweises solcher Nervenendigungen glaube ich als beweisend für diese Voraussetzung ansehen zu dürfen einerseits die Ausstrahlung der Schmerzempfindung in einer dem Verlaufe der Nerven der Kopfhaut entgegengesetzten, jener der Dura mater mehr entsprechenden Richtung und andererseits die beobachteten Beziehungen zu cerebralen Symptomen und Krankheiten. Intercranielle Circulationsstörungen, bei welchen der Abfluss des Venenbluts aus den Sinus gehemmt ist, können durch Druck auf die Dura mater Kopfschmerzen, durch solchen auf die den Sinus theilweise unmittelbar benachbarten Nähte Druckempfindlichkeit dieser bewirken.

Verhältnisse, welche sich denjenigen von physiologischen Continuitätsunterbrechungen im Gefüge der Schädelkapsel in mancher Hinsicht vergleichen lassen, finden sich an den Narben von penetrirenden Kopfverletzungen, wenn auch die hier entstehenden und zu weckenden Empfindungen mancherlei quantitative und qualitative Modificationen bieten müssen, da hier noch die Einflüsse des Vernarbungsprocesses und seiner Folgen in Betracht kommen. Den Spätwirkungen dieser scheinen mir nun aber auch blosse Narben der Kopfschwarte weit näher zu kommen, wenn die letzteren in directer Beziehung zu den Schädelnähten stehen. Aus eigener Erfahrung kenne ich wenigstens 5 Fälle, in welchen einfachen Verletzungen der Kopfschwarte eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung einer späteren Psychose zugeschrieben werden musste, welche ich nicht sowohl als reflectorische, denn als directe Wirkung ansprechen möchte. Denn in allen diesen kreuzten sich die Narben mit einer Naht und diese Narben waren auf Druck auffallend empfindlich geblieben, während mir nach Verletzungen von ungefähr gleicher primärer Bedeutung ein entsprechendes Verhalten der Narben nur ausnahmsweise vorzukommen scheint, wenn die Nähte unberührt von denselben geblieben waren.

Zwei Fälle, in denen dies besonders prägnant zu Tage trat, möchte ich kurz erwähnen. Der eine betraf einen 30 Jahre alten Schuster, welcher vor 20 und 9 Jahren Kopfverletzungen erlitten hatte, welche durch Eiterung geheilt waren. Er zeigte seither keine weitere Störung seines Befindens, als eine hochgradige Intoleranz gegen Alkohol: liess er sich, was

Digitized by Google

selten vorkam, zu ein paar Glas Bier verleiten, so wurde er regelmässig rasch erregt, fing an allerhand Possen zu treiben, sich mit Jedermann zu streiten und gerieth nach kurzer Zeit in einen förmlichen Wuthparoxysmus, in welchem er die unsinnigsten und gewaltthätigsten Handlungen beging, durch die er wiederholt mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen war. Es folgte jedesmal ein tiefer Schlaf, aus welchem er mit völliger Amnesie für das Vorgefallene erwachte. Im letzten derartigen pathologischen Rauschzustande hatte er ohne jegliche Veranlassung einen Totschlag und 2 schwere Körperverletzungen begangen. Nach demselben blieb länger als sonst ein cerebraler Reizzustand mit Hallucinationen bestehen. In diesem der Anstalt zur Beobachtung zugewiesen, liess er auf der linken Hälfte des behaarten Theils der Kopfhaut auf einem Raum von kaum 30 qcm 9 Narben erkennen, von welchen 2 die Kranznaht kreuzten, diese beiden mit dem Knochen mässig fest verwachsen. Nur diese beiden Narben waren auf Druck empfindlich, diese aber auch so sehr, dass der Mann bei ganz leichtem Drucke schon lebhaft zusammenzuckte. Der Schmerz wurde als ein brennender bezeichnet und strahlte über den ganzen Kopf aus; von einer bestimmten Stelle aus wurde constant an der linken Seite der Nasenwurzel ein ganz specifisches schmerzhaftes Gefühl von Druck und gleichzeitig eine Empfindung „als ob innen Blut herunterliefe" ausgelöst. — Trotzdem dass diese Narben und die durch sie verursachten Erscheinungen am rasirten Kopfe des Mannes den Geschworenen ad oculos demonstrirt werden konnten, erfolgte dessen Verurtheilung.

Der 2. Fall einen Cand. iur. betreffend mag vielleicht zu Zweifeln über die ätiologische Werthschätzung der Kopfverletzung Anlass geben, da noch andere ursächliche Momente vorlagen, zeigt aber um so unzweideutiger die Beziehung von intracraniellen Processen zu über die Schädelnähte weg verlaufenden Narben der Kopfschwarte. In der Reconvalescenz von einem Anfall acuter maniakalischer Aufregung, welche den Pat. der Anstalt zugeführt hatte, waren einige von einer Mensur herrührende Kopfnarben in so hohem Grade empfindlich auf schon leichten Druck gewesen, dass er bei solchem aufschrie und schwindlig wurde, wobei unangenehme Sensationen und ein Gefühl von Wärme über den ganzen Kopf ausstrahlten. Zur Ergänzung meiner Notizen bat ich ihn kürzlich sich nochmals auf die Lage dieser Narben ärztlich untersuchen zu lassen, worauf folgende Auskunft von ihm eintraf: „Ich erhielt bei der betreffenden Mensur acht auf den Knochen gehende Kopfverletzungen, aus welchen acht Knochensplitter entnommen wurden. Die Haut ist nirgends am Knochen angewachsen. Von diesen Narben kommen ihrer Lage nach nur zwei in Betracht, welche die Kranznaht berühren [1]). Diese beiden Narben waren auch zur Zeit meiner

[1]) Sollte heissen: kreuzen, wie eine dem Briefe beigegebene Skizze zeigt; nach dieser verläuft die grössere Narbe gerade über die Stelle der früheren gr. Fontanelle und hält sich weiter nach hinten dicht neben der Pfeilnaht.

Digitized by Google

Krankheit die druckempfindlichen. Während ich in der ersten Zeit nach Empfang der Wunden, welche ohne Eiterung heilten, irgendwelche Beschwerden insbesondere nicht bei Witterungswechsel oder nach Trinkgelagen spürte, fühlte ich einige Semester darauf, als ich zu arbeiten anfing, ein hinderndes Druckgefühl in den beiden, namentlich dem grossen mitten durchlaufenden Schmisse, so dass ich öfters sagte, ich habe das Gefühl, als ob ich eine schwere Gehirnentzündung durchzumachen hätte. Kurz vor der für das Examen bestimmten Zeit fing ich aus übertriebener Angst an toll insbesondere Nächte hindurch zu arbeiten, so dass zunächst ein Melancholiezustand eintrat, welcher später in das Ihnen bekannte Exaltationsstadium umschlug. Dass ich in der ersterwähnten Periode besondere Empfindungen meiner Wunden gehabt hätte, ist mir nicht erinnerlich, dagegen waren die mehrerwähnten Wunden nach Ueberwindung der ersten Erregung höchst druckempfindlich. Im Sommer nach meiner am 14. Januar 1883 erfolgten Entlassung aus der Anstalt kam wieder ein Depressionszustand, welcher zu einer weiteren Examenverschiebung führte; dass ich dann im folgenden Winter (December 1884) insbesondere während des Examens in einem Zustande grosser Aufregung mich befand, wird Ihnen bekannt sein. Aus dieser Zeit erinnere ich mich keiner besonderen Wahrnehmungen an meinen Narben. Im folgenden Sommer 1885 hatte ich einen starken Abdominaltyphus zu bestehen; trotzdem das Fieber bis zu sehr bedenklichen Graden stieg, war ich durchaus frei von Phantasieen und hatte auch keine Gefühle in den Narben. Ebenso ging das zweite Examen ganz ordnungsmässig vorbei. In der seitherigen Zeit habe ich meines Wissens nie besondere Gefühle in meinen Narben empfunden, insbesondere nie bei Witterungsumschlägen oder bei strenger geistiger Arbeit. Auch der Genuss geistiger Getränke oder das Rauchen starker Cigarren hat keine anderen Wahrnehmungen als diejenigen, welche beim Abweichen vom gewöhnlichen Maass überall sich ergeben, seither bei mir zu Tage gefördert."

In beiden Fällen lagen also eine grössere Anzahl von Narben vor; Schmerzen und specifische Wärmeempfindung vermittelten nur diejenigen, welche die Schädelnähte kreuzten, und es war die Empfindlichkeit am Ausgesprochensten in der Zeit nach den stürmischsten Erscheinungen der psychischen Affection. Im zweiten Falle war der Einfluss dieser Narben ein vorübergehender, im ersten ein dauernder.

So dürfte der Nachweis erbracht sein, dass die Nähte des Schädels nicht nur bis zu einem gewissen noch weiter zu prüfenden Grade Angriffspunkte bilden für eine palpatorische Untersuchung seines einer solchen sonst ganz unzugänglichen Inhalts, sondern auch, wie dies schon *Fränkel* vermuthet hatte, einen locus minoris resistentiae am Schädelgehäuse darstellen, der mehr, als ihm bisher zu Theil geworden ist, Beachtung erheischt bei der Prognose einfacher Kopfverletzungen.

Digitized by Google

Discussion.

Kirn: Da bei nicht durch organische Processe bedingten Psychosen die Anzahl der somatischen Symptome bis heute verhältnissmässig dürftig ist, so ist die durch die Beobachtungen des Vortr. gelieferte Bereicherung der Kenntniss der somatischen Anzeichen freudig zu begrüssen; sie kann von wesentlicher Bedeutung namentlich in forensischen Fällen sein. Vorläufig ist indessen Vorsicht in der Verwerthung der mitgetheilten Resultate geboten und sind noch weitere Beobachtungen, zu denen die Mittheilungen *Kreuser*'s sehr anregen, abzuwarten.

Kreuser ist sich der Unvollkommenheit seiner vorläufigen Resultate bewusst und hat diese hauptsächlich mitgetheilt, um Nachprüfungen in grösserem Umfange anzuregen.

Wildermuth wirft die Frage auf, ob nicht die Schädelknochen selbst, besonders an z. B. durch Pachioni'sche Granulationen usurirten Stellen für die Empfindlichkeit verantwortlich zu machen seien. Er erinnert an die Fälle, wo relativ kleine Blutergüsse in die Schädelknochen intensiven, zu operativer Behandlung führenden Kopfschmerz veranlasst haben.

Schüle: Die Beobachtungen sind sehr bemerkenswerth und verdienen Nachprüfung, namentlich auch an der Hand von Autopsien, welche ihrerseits auch am ehesten die Entscheidung der Frage fördern könnten, ob wirklich (was auch *Sch.* glauben möchte) die Dura mater bei dem betr. klinischen Symptome im Spiele ist. Wenn sich dies so verhält, so könnten wir an dem Symptom auch möglicherweise einen schätzbaren Anhaltspunkt für die Diagnose einer Pacchymeningitis externa erhalten (bei Sectionen wäre auf diesen Punkt zu achten), nicht minder auch für die Annahme von zeitweiligen Volumensschwankungen des Gehirns, deren Zunahme sich durch Zerrungen an der Dura und im Weiteren durch vermehrte Empfindlichkeit der Schädelnähte anzeigen könnte.

Kreuser entgegnet *Wildermuth*, dass dessen Erklärungsversuch nur für die Pfeilnaht zutreffend wäre.

Schluss der Sitzung.

Dr. *Schoenthal*, Dr. *Ilberg*.

48. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 14. November 1891 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Bartels*, *Brie*, *Buddeberg*, *Fabricius*, *Gudden*, *Hertz*, *Heyden*, *Hoestermann*-Boppard, *Huberty*, *Kny*, *Liebmann*, *Longard*, *Nissl*, *Oebecke*, *Pelman*, *Peretti*, *Rosenthal*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schröter*, *Schultze* (Prof.), *Steiner*, *Thomsen*, *Tigges*, *Umpfenbach*, *Wahl*, *Zacher*. Als Gäste: *Buffet*-Luxemburg, *Kaiser*-Düren. Entschuldigt haben sich: *Albers*, *Brosius*, *Diel*, *Hoestermann*-Andernach, *Noetel*.

Digitized by Google

Der Vorsitzende, Geh. Rath *Pelman*, eröffnete die Sitzung und legte der Versammlung die Frage vor, ob nicht der Bericht über die Vereinssitzungen in so vielen Separatabdrücken aus der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie gedruckt werden solle, wie der Verein Mitglieder zähle, während bisher von der Redaction nur etwa 30 Abdrücke geliefert worden, der Verein aber 73 Mitglieder zählt. Da der neue Modus mit dazu beitragen würde, das Interesse für die Arbeiten des Vereins lebendig zu erhalten und auch keine erheblichen Mehrkosten verursachen würde, so stimmt die Versammlung diesem Vorschlage zu, nach welchem demnach von jetzt an verfahren werden wird, so dass mit der Einladung zu einer bevorstehenden Sitzung des Vereins jedem Mitglied ein Separatabdruck der Verhandlungen der vorhergegangenen Sitzung zugehen soll, soweit dies das Erscheinen der Hefte der Zeitschrift der Zeit nach gestattet.

Es folgt dann eine Besprechung über eine beabsichtigte Festsitzung bei Gelegenheit des 25jährigen Bestehens des Vereins am 6. Juli 1892. Der Verein beschliesst seine nächste Sommersitzung, anstatt wie gewöhnlich in den Juni, auf diesen Tag zu verlegen. Diese Sitzung wird, obschon am 6. Juli 1867 die erste Sitzung des Vereins stattfand, erst die 49. ordentliche Sitzung sein, da im Herbst 1870 während des Krieges keine Versammlung stattfand. —

Es wurden durch Ballotage in den Verein neu aufgenommen: Dr. *Alzheimer*-Frankfurt a. M., Dr. *Bartels*-Kaiserswerth. —

Gemeldet zur Aufnahme haben sich: Dr. *Güntz*-Wiesbaden, Kreisphysikus S.-R. Dr. *Kohlmann*-Remagen, über welche in nächster Sitzung abgestimmt werden wird.

Von den zu Vorträgen Gemeldeten spricht:

1. *Nissl*, Ueber experimentell erzeugte Veränderungen an den Vorderhornzellen des Rückenmarks bei Kaninchen mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Redner weist in der Einleitung darauf hin, dass es so überaus schwierig sei, Veränderungen an den Nervenzellen bei Untersuchung menschlicher Gehirne richtig zu beurtheilen und dieselben zu benennen. Auf oberflächliche Aehnlichkeiten gestützt, werden aus der pathologischen Anatomie die Benennungen entlehnt. Grundlegende Arbeiten, durch die dieses Verfahren begründet sei, fehlen. Es giebt ja Arbeiten, in denen diese Umstände berücksichtigt sind. — Vortr. führt die werthvollen Arbeiten *Friedmann*'s an — aber sie sind doch bisher nur vereinzelt. Die vorliegenden Untersuchungen sollen nach dieser Richtung einen Beitrag liefern.

Ermuthigt durch die Erfolge seiner Facialisarbeit[1]) hat Redner eine

[1]) *Nissl*, Ueber die Veränderungen der Ganglienzellen am Facialiskern des Kaninchens nach Ausreissung der Nerven. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 48 pag. 197.

Digitized by Google

Reihe von Versuchen angestellt, deren Resultate auffordern, auf dem beschrittenen Wege weiter zu arbeiten. Durch eine Reihe von Experimenten wurden Zellenveränderungen erzielt, die der Gegenstand dieses Vortrages sind.

Die Bedingung für alle derartigen Versuche — die übrigens alle bereits schon angestellt wurden — ist eine gute und sichere Untersuchungsmethode. Eine solche aber ist die im citirten Vortrage veröffentlichte. *Nissl* erwähnt (obschon eigentlich nicht zur Sache gehörig) bei dieser Gelegenheit einen weiteren dort nicht besprochenen Vortheil dieser Methode, der darin besteht, dass mit ihrer Hülfe es gelingt, auch ganz grosse und deshalb dicke Schnitte z. B. durch den ganzen menschlichen Stamm, durch die ganze Hemisphäre zu machen, wobei Zelle für Zelle gefärbt ist. Während es bis jetzt nur möglich war, z. B. ganz kleine Rindenflächen auf Zellen hin zu untersuchen, vermag man mit der Methylenblaumethode die Rinde auf weite Strecken hin in ihrem topographischen Zellenaufbau zu studiren, eine Sache, deren Vortheil auf der Hand liegt. (Redner reicht derartige Präparate herum.)

Wenn eine Methode im Stande ist, bereits 24 Stunden nach Durchtrennung des Nervus facialis Veränderungen an einzelnen der entsprechenden Kernzellen sicher darzuthun, oder jene Zellenveränderungen zur klaren Darstellung bringt, die in Folge einer mehrminutenlangen Einwirkung des faradischen Stromes entstehen, so ist es wohl gerechtfertigt, sie als ein feines Reagens für Zellveränderungen zu bezeichnen und sich von ihr auch bei anderen Versuchen, die den Zweck haben, Zellveränderungen zu erzielen, Aufklärung zu versprechen.

Die Methylenblaumethode ist aber nur zur Darstellung des Zellleibes verwendbar; will man völlige Klarheit auch bezüglich der Verhältnisse im Zellkern, dann muss man hierzu eigens zu sogenannten Kernfixirungsmitteln greifen, wie z. B. zum *Flemming*'schen Gemisch, zum Platinosmiumgemisch etc. *Nissl* empfiehlt die Salpetersäure, da eine Fixirung damit auch noch eine leidliche Tinction des Zellleibes ebenfalls mit der Methylenblaumethode gestattet. Als Färbemittel für den Kern ist wegen der Einfachheit und Sicherheit das Alaunhämatoxylin zu empfehlen. Da es aber nicht immer möglich ist, ausser der Alkoholhärtung noch mit einem besonderen Kernfixirungsmittel vorzugehen, so ist es von Werth zu wissen, dass man auch bei der Alkoholhärtung, die nach *Nissl*'s Ansicht und nach wiederholten Prüfungen und auch nach Durchprobirung der neueren Fixirungsmittel immer noch hinsichtlich der centralen Nervenzelle alle anderen Härtungs- und Fixirungsmittel weitaus überragt, die Zellkerne leidlich zur Darstellung bringen kann, wenn man mit Alaunhämatoxylin färbt. Schärfer jedoch gelangt bei Alkoholhärtung der Kern zur Darstellung, wenn man die Schnitte erst mit einer wässrigen Ponceaulösung vorbehandelt und erst dann mit Alaunhämatoxylin nachfärbt.

Die Versuche bestanden darin, dass Kaninchen mit Blei, mit Phosphor

Digitized by Google

und Arsenik, mit Strychnin und Alkohol vergiftet wurden; ferner wurden tropfenweise Reinculturen von Staphylococcus pyogenes aureus ins Rückenmark injicirt, einem anderen Thiere wurde etwas Oel ebendahin injicirt, um dadurch die Rückenmarkssubstanz zu zertrümmern, wieder einem anderen Thiere wurde die Bauchaorta unterbunden.

Zunächst ist noch ein wichtiger Punkt hier zu besprechen, der im Referate jedoch nur angedeutet werden kann. Nach Ansicht des Vortr. sind nämlich die Zellen sowohl des Gehirns als auch des Rückenmarkes nicht morphologisch gleichwerthige Zell-Individuen; vielmehr ist der Begriff „Nervenzelle" ein Sammelbegriff, der eine Reihe von wohldifferenzirten Nervenzellenformen umfasst. Eine dieser Formen nun ist besonders scharf von den übrigen Formen getrennt und charakterisirt sich dadurch, dass im Zellleibe dieser Nervenzellenform unter Anwendung geeigneter Methoden gefärbte Körper, Granula[1]), in Form von oblongen und unregelmässig gestalteten Knötchen, in den Fortsätzen in Form von gefärbten spindel- und stäbchenförmigen Knötchen sich finden, die zwischen sich eine ungefärbte oder besser nur ganz wenig gefärbte (achromatische) Substanz lassen und durch eine gewisse parallelige Anordnung dem Zellkörper, der einen rundlichen, nur wenig gefärbten und deshalb fast weiss erscheinenden Kern besitzt, das Aussehen des Gestreiften, vielleicht etwa dem Bilde eines Tigerfelles ähnelnd, verleihen.

Es sind die granulirten Nervenzellen, jene Nervenzellenform, die sich beim Kaninchen, beim Hund, der Katze und anderen Thieren und auch beim Menschen in allen motorischen Nervenkernen, in den Vorderhörnern des Rückenmarkes und noch an vielen anderen Orten des Centralorganes vorfindet, überhaupt im Wirbelthierreich allgemein verbreitet ist, und von der *Nissl* auf der Naturforscherversammlung zu Cöln nachzuweisen suchte[2]), dass sie in irgend einem Zusammenhange mit motorischen Functionen steht.

Es ist also wichtig zu wissen, dass es sich bei den Nervenzellen des Centralorgans um verschiedene Nervenzellenformen handelt, die schon deshalb strenge auseinander zu halten sind, weil die einzelnen Formen nicht blos in chemischer und physikalischer Beziehung verschieden sich verhalten, sondern auch weil die verschiedenen Nervenzellenformen verschieden auf einwirkende Schädlichkeiten reagiren.

Die folgenden Mittheilungen, die zu demonstrirenden Zeichnungen und Präparate haben — das sei ausdrücklich betont — nur die granulirte Nervenzelle des Vorderhorns zum Gegenstand. Auf die weitere Frage, in wie weit die granulirte Nervenzelle hinwiederum in Unterformen,

---

[1]) Die aber nichts mit den Granula von *Altmann* zu thun haben.

[2]) *Nissl*, Ueber den Zusammenhang von Zellstructur und Zellfunction in der centralen Nervenzelle mit Demonstration. Tageblatt der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Cöln 1888, pag. 194.

Digitized by Google

es sind hier die mehr chromophilen gegenüber den chromophoben[1]) Formen gemeint, zu zerlegen ist, kann hier nicht eingegangen werden.

Da eine detaillirte Schilderung der Zellenveränderungen sich nicht für einen Vortrag eignet, so verweist Vortr. auf seine mikroskopische Demonstration und seine Zeichnungen, die herumgereicht werden. Immerhin aber möge versucht werden, in gröberen Zügen die Veränderungen bei einigen Vergiftungsversuchen darzustellen, namentlich deshalb, weil gerade hierüber — es sind die Vergiftungen mit Phosphor, Blei und Arsenik gemeint — sich zahlreiche Arbeiten in der Literatur vorfinden, und diese darum ein erhöhtes Interesse erwecken.

Unter Umgehung der hierher bezüglichen Literaturangaben ist nur der eine Punkt hervorzuheben, dass in allen diesen Arbeiten die Objecte mit chromsauren Salzen vorbehandelt wurden, wobei es natürlich nicht ausgeblieben ist, dass das Kali bichromicum, das, wie kein anderes Härtungsmittel auf die Nervenzelle deletär wirkt, Bilder erzeugte, die die Autoren auf die Einwirkung der von ihnen dargereichten Gifte bezogen, während es sich lediglich um Formen handelte, die in der Breite der Chromsalzwirkung auftreten. Nach dieser Richtung hat die Arbeit *Kreyssig*'s[2]), auf Veranlassung *Schultze*'s gemacht, im besten Sinne des Wortes aufklärend gewirkt.

Das Arsenthier, von dem die eingestellten Präparate stammen, bekam 27 Tage lang Arsenik und starb dann; 24 Tage lang 0,01, am 25. Tage 0,017, am 26. Tage 0,034. Das Bleithier starb, nachdem es 10 Tage in einem Kästchen sich aufgehalten hatte, in dem ein Säckchen, das 20,0 Bleiweiss enthielt, so aufgehängt war, dass das Thier bei jeder Bewegung daran stiess und in Folge dessen Bleiweiss im Kästchen zerstäubt wurde. Das Phosphorthier erhielt innerhalb 35 Tagen 10 Pillen à 0,0005 Phosphor, innerhalb weiterer 12 Tage 5 Pillen à 0,001 Phosphor und starb am 48. Tage.

Für die Vergiftung mit Phosphor, Arsenik und Blei gilt gemeinsam, dass die Veränderungen der granulirten Nervenzellen nicht gleichzeitig und daher auch nicht gleichartig sich vorfinden. Im Gegentheil besteht die auffallende Thatsache, dass neben ziemlich intacten Nervenzellen hochgradigst veränderte anzutreffen sind. Dadurch ist es aber möglich, die verschiedenen Stadien der Veränderungen nebeneinander in einem Präparate zu studiren.

Bei der Arsenikvergiftung ist als erste Veränderung das Grösser- und

---

[1]) Die chromophilen und chromophoben Zellen *Flesch*'s haben mit diesen Formen nichts zu thun; denn diese Unterscheidung *Flesch*'s erstreckt sich sowohl auf granulirte als auch auf nicht granulirte Nervenzellen.

[2]) *Kreyssig*, Ueber die Beschaffenheit des Rückenmarkes bei Kaninchen und Hunden nach Phosphor und Arsenikvergiftung etc. *Virchow*'s Archiv Band 102.

Digitized by Google

Runderwerden der Granula bei zugleich tieferer Tinction derselben wahrzunehmen, während gleichzeitig die achromatische Substanz des Zellleibes eine grössere Farbimbibitionsfähigkeit zeigt. Sodann werden die etwas vergrösserten Granula blässer und lockern sich in ihrem Gefüge und zwar derart, dass sie nicht mehr einen Körper von dem bestimmten Aussehen des normalen Granulum zeigen, sondern vielmehr einen unbestimmten, unregelmässig geformten Körper von krümeligem Aussehen darbieten. Dabei treten in der achromatischen Substanz zahlreiche blassgefärbte feinste Körnchen auf. In der Folge verliert das Granulum immer mehr das ursprüngliche Aussehen, indem es an Umfang zusehends abnimmt und der krümelig gewordene Körper sich in feinste Körnchen auflöst; aber auch dieser Vorgang tritt nicht gleichzeitig bei allen Granula auf, sondern zunächst an einer bestimmten Partie des Zellleibes und schreitet dann von da weiter, bis schliesslich der gesammte Zellleib befallen ist. Die genannten feinsten Körnchen nehmen an Dichtigkeit zu und füllen schliesslich den Zellleib mit seinen Fortsätzen aus. Derselbe erhält das Aussehen, als sei er gewissermaassen von feinsten blassen Körnchen überstäubt worden. Die ehemaligen Granula sind noch hier und da angedeutet, indem die Körnchen des ehemaligen Granulums etwas tiefer tingirt sind. Sobald der ganze Zellleib von Körnchen durchsetzt ist, verschwinden dem Auge an einer oder mehreren Stellen des Zellleibes die Körnchen; an deren Stelle befindet sich eine ungefärbte Partie; es macht gewissermaassen den Eindruck, als ob durch das Schwinden der Körnchen hier eine Lücke entstanden wäre; man könnte sich auch denken, dass hier eine Verflüssigung eingetreten wäre: wie dem auch sei, für den Beobachter schwinden die Körnchen immer mehr, und die ungefärbten Partien an Stelle derselben werden immer grösser: die Zelle befindet sich unmittelbar vor dem Zerfall.

Erst in den ganz späten Zuständen, wo bereits die Granula den feinen Körnchen gewichen sind, bemerkt man im Methylenblaupräparat die Degeneration des Kernes, der, bedeutend geschrumpft, an seinen Conturen eingebüsst und sich erheblich blau gefärbt hat gegenüber dem hellen fast weissen normalen Kern. Zieht man dagegen wegen des Kernes das Salpeter-Hämatoxylin- oder in Ermangelung desselben das Alkohol-Hämatoxylin- oder noch richtiger das Alkohol-Ponceau-Hämatoxylin-Präparat zu Rathe, so findet man eine gewisse Uebereinstimmung zwischen dem Grade der Veränderung im Kerne gegenüber dem Grade derselben im Zellleibe insofern, als einem hochgradig veränderten Zellleib auch ein mehr veränderter Zellkern entspricht. Soweit die Leistungsfähigkeit der Methode geht, kann man aber sagen, dass die Schädlichkeit, also hier das Arsenik, zunächst mehr und, wie es scheint, auch früher auf den Zellleib wirkt.

Mit den zu Gebote stehenden Methoden studirt, entsteht als erste Veränderung eine schmale Zone um den Kern, die sich nur wenig tingirt, worauf sodann die Kernmembran, wenn man darunter die schmale durch Tinction besonders differenzirte periphere Schicht des Kernes versteht,

Digitized by Google

durch eine ebenfalls schmale Zone, die sich fast gar nicht färbt, vom Kerninhalt, der hier viel dichter erscheint und sich um das blässer gewordene Kernkörperchen angesammelt hat, getrennt wird. Bald vermag man eine besondere Kernmembran nicht mehr zu unterscheiden. Der Kerninhalt, der in der gesunden Zelle ein mehr oder weniger dichtes Gerüstwerk mit zahlreichen Verdickungen (Knötchen oder Körnchen) und einen nicht färbbaren Kernsaft zeigt, verändert sich in der Weise, dass ein Kernsaft nicht mehr wahrnehmbar ist und an Stelle des Kerngerüstes eine feine, dichte, gut tingirte Körnelung, in deren Mitte das immer blasser gewordene Kernkörperchen liegt, vorhanden ist. Die Dichtigkeit dieser Körnelung ist keine gleichmässige; vielmehr finden sich dichtere Partien neben weniger dicht gelagerten, bei denen es fraglich erscheint, ob die helleren, weniger stark gefärbten Substanzen dem Kernsaft entsprechen. In der Folge erhält der gekörnelte Kernrest ein mehr homogenes Aussehen, er wird zusehends kleiner und verliert seine Conturen. Das stark reducirte, gefärbte, mehr weniger homogene Scheibchen — der ehemalige Kern — ist zackig geworden. Schliesslich findet sich nur mehr noch ein kleines Klümpchen gefärbter Substanz, in deren Mitte das Kernkörperchen, leise angedeutet, sich befindet.

Die Veränderungen beim Phosphorthier lehnen sich ziemlich enge an jene durch Arsenik hervorgerufenen an. Auch hier schwellen zunächst die Granula an, lösen sich aber sofort in Körnchen auf, wobei aber die Form des Granulums im Ganzen gewahrt bleibt, und wobei sich dasselbe deutlich von der achromatischen Substanz abhebt. Bald jedoch treten auch in dieser Körnchen auf, wobei die Granula kleiner werden, so dass es den Anschein gewinnt, als ob die Körnchen der Granula sich in die achromatische Substanz ergiessen.

Bei dem Arsenikthier sieht die Zelle aus, als ob sie mit einem Staube feinster Körnchen überrieselt worden wäre; hier ist die Zelle auch bald gänzlich mit Körnchen durchsetzt: jedes dieser Körnchen aber ist gewissermaassen deutlich differenzirt; es fehlt hier der Charakter des Verschwommenen, des Staubartigen. Sobald dieses Stadium erreicht ist, geht die Zelle in ähnlicher Weise, wie beim Arsenthier, dem Zerfall entgegen.

Die Veränderungen am Kern sind weniger erheblich als beim Arsenthier. In dem ersten Stadium derselben erhält man von der Kernmembran, dem Kerngerüste, seinen Knötchen und Körnern, von dem Kernsafte nicht mehr das gewohnte scharfe Bild, sondern, obschon alle Bestandtheile zu erkennen sind, erscheinen diese undeutlich, unscharf, verschwommen. In dieser Richtung bewegen sich auch die weiteren Veränderungen. Die einzelnen Bestandtheile des Kernes verschwimmen immer mehr, und statt des ehemaligen scharf gezeichneten Kernes nimmt man in der Mitte der Zelle nur mehr eine krümelige Masse wahr, die sich in gleichem Farbtone wie der Zellleib hält, und in der an einzelnen Stellen hellere Partien erscheinen. In der krümeligen schwer zu beschreibenden Substanz des

Digitized by Google

veränderten Kernes finden sich dann und wann eigenthümliche blass gefärbte Massen, vielleicht am besten mit der Benennung „Schollen" oder „schollige Massen" gekennzeichnet. Im weiteren schrumpft der Kernrest unter zunehmender Farbimbibition mehr und mehr, und mit dem Fortschreiten der Schrumpfung bildet sich um ihn eine immer grösser werdende hellere Zone. Schliesslich sehen wir nur mehr ein gefärbtes eckiges Klümpchen.

Beim Bleithier geht die Veränderung in einer andern Weise vor sich. Das Granulum wird kleiner und wie es scheint homogener; es färbt sich auch etwas tiefer und hebt sich deshalb ausserordentlich deutlich von der achromatischen Substanz ab. Dabei büsst es etwas an seiner Form ein, weniger in den Fortsätzen als im Zellleibe. Hier nimmt es häufig eine gewisse unregelmässig gestaltete Sternform an, wobei an den Ecken dieser Sternchen nicht selten kurze feine Ausläufer sichtbar sind. Die Spindeln und Stäbchen der Fortsätze erhalten oft feinste knötchenförmige Anschwellungen. Die achromatische Substanz bleibt durchwegs ungefärbt, aber in ihr treten ziemlich tief tingirte und wohldifferenzirte rundliche Körnchen auf, die derselben ein zart getüpfeltes Aussehen verleihen. In weiterem Fortschritte schwinden unter allmäligem Kleinerwerden die Granula, bei deren Aussehen man ganz unwillkürlich an einen Gerinnungsprocess erinnert wird, immer mehr, und der Zellleib wird schliesslich durchwegs von den genannten Körnern durchzogen, die sich durch ihre Prägnanz, Färbbarkeit und grösseren Umfang scharf von den beim Arsen und Phosphorthier kennen gelernten unterscheiden.

Der Kern verändert sich beim Bleithier sehr rasch. Auch im Kerne treten feinste Körnchen auf, die theilweise im Gerüste liegen und manchmal selbst im Kernkörperchen zur Beobachtung gelangen. Dabei ist aussen die Kernmembran von einem schmalen hellen Hof umgeben. In der Folge blassen diese feinen Körnchen ab und rücken eng aneinander, so dass sie eine zusammenhängende Masse bilden, in der die einzelnen Kernbestandtheile ausser dem blasser gewordenen Kernkörperchen nicht mehr als solche erkennbar sind. Diese zusammenhängende Masse von schwachem Tinctionsvermögen schrumpft nunmehr zusammen, meist zu einem länglich ovalen Körper, wobei der helle Hof unter fortschreitender Schrumpfung des Kernrestes stets breiter wird. Hier und da sieht man in dieser Masse Spalten. Unter der fortschreitenden Schrumpfung entsteht schliesslich ein schwach gefärbtes Klümpchen, das die verschiedensten Formen annimmt, eckig und zackig wird und auch Kerben bekommen kann. Häufig sieht man noch in diesem Klümpchen etwas wie das Kernkörperchen, das auch kleiner geworden ist.

Nissl hebt nunmehr noch einige markante Veränderungen, die bei den übrigen Versuchen sich ergaben, hervor, verweist aber dabei fortwährend auf seine Zeichnungen und mikroskopischen Präparate, weshalb eine referatweise Wiedergabe ohne diese Hülfsmittel nicht gut thunlich erscheint.

Digitized by Google

Es folgt die Demonstration der Präparate.

An der Discussion, die fast ausschliesslich auf die Methodik sich bezog, nahmen, ausser Vortragendem, Prof. *Schultze*, *Oebeke* und *Zacher* theil.

2. *Brie*, Ueber Herdsymptome bei progressiver Paralyse.

Er bespricht die Pathogenese der paralytischen Anfälle und die im Zusammenhang mit denselben oft auftretenden Herderscheinungen, welche kürzere oder längere Zeit andauern können, und berichtet über einen in der Bonner Anstalt beobachteten Fall. Bei diesem Paralytiker hatten wochen- und monatelang bis zur Dauer von fast einem Jahre isolirte clonisch-tonische Krämpfe in der rechten Hand bestanden. Die Section ergab neben den Befunden der Paralyse eine im Vergleich mit der Umgebung ausserordentlich hochgradige, sofort in die Augen springende Atrophie einer Partie im oberen Theile der hinteren linken Centralwindung. (Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden.)

In der Discussion erwähnt *Nissl*, dass er bei der Paralyse in allen Theilen des Gehirns kranke Zellen gefunden habe.

3. *Huberty*, Mittheilungen über einzelne französische Irrenanstalten und französisches Irrenwesen.

(Der Vortrag wird in der allgemeinen Zeitschrift separatim abgedruckt werden.)

In der Discussion bemerkt *Pelman*, dass er nach seinen früheren Erfahrungen in den französischen Irrenanstalten viel Zwang und Mangel an Reinlichkeit gefunden habe und dass *Tukker* (in seinem grossen diesbezüglichen Buche) die englischen Anstalten für die besten, die französischen für die wenigst guten erklärt, während *Huberty* allerdings noch viel Zwang, aber gute Reinlichkeit in den neuen französischen Anstalten sah. — *Steiner* lobt, wie *Huberty*, die Liebenswürdigkeit der französischen Collegen mit nur ganz vereinzelten Ausnahmen.

4. *Pelman* referirt des Näheren über die zu Weimar am 18. u. 19. Sept. d. J. stattgehabte Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte und über die verschiedenen dort behandelten Themata, namentlich über den von Seiten der Staatsregierung kund gegebenen Entwurf eines Gesetzes gegen die Trunksucht, und empfiehlt die einfache Annahme der über diesen Punkt in Weimar gefassten Beschlüsse auch Seitens des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz. Dieselben gipfeln darin, dass eine Bestrafung der Trunksucht als solche nicht zulässig, dass eine Entmündigung der Trunksüchtigen eventuell angezeigt erscheine, aber nur nach den Bestimmungen über die Entmündigung von Geisteskranken, insbesondere unter Zuziehung eines Arztes oder mehrerer Aerzte als Sachverständige, und dass die Trinkerheilanstalten unter ärztlicher Leitung und staatlicher Aufsicht stehen sollen, wie die Irrenanstalten. Die Trunksüchtigen sollen vor ihrer Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt entmündigt werden. —

Digitized by Google

In der Discussion schliesst sich *Schroeter* der Empfehlung der unbedingten Zustimmung zu diesem Punkte an, während *Oebeke* die Nothwendigkeit vertheidigt, wenn das neue Gesetz einigermaassen den beabsichtigten Zweck erfüllen solle, und wenn wirklich juristischerseits die vorangegangene Interdiction zur Aufnahme von Trinkern in Trinkerheilstätten für gewöhnlich als erforderlich erachtet werde, daneben mindestens die Möglichkeit offen zu halten, dass eine solche Unterbringung unter bestimmten gesetzlichen Vorsichtsmaassregeln auch ohne vorherige Interdiction geschehen könne. Denn Trinkerheilstätten zu gründen, in welcher Trinker als Kranke behandelt und, wenn möglich, geheilt werden sollen, sie aber ohne Ausnahme vorher mundtodt zu machen, wozu sie nach Maassgabe der angezogenen Gesetze über die Interdiction von Geisteskranken für dauernd krank, d. h. für voraussichtlich unheilbar erklärt werden müssen, enthält einen Widerspruch gegen alle Logik. Nach unserem allgemein üblichen Verfahren vergehen aber von der Beantragung einer Interdiction, die dem Betreffenden meist nicht unbekannt bleiben wird, bis zur gerichtlichen Vernehmung desselben mehrere Wochen. Hat der Betreffende aber nur noch einen geringen Rest von Selbstbeherrschung übrig, so wird er in dieser Zeit gewiss nüchtern leben und auf den ihn vernehmenden Amtsrichter dann den Eindruck eines verständigen Menschen machen, gegen den eine gerichtlich angeordnete Interdiction und unfreiwillige Versetzung in eine Trinkerheilanstalt zu verhängen dem Richter ungerechtfertigt erscheinen wird. In einem anderen Falle wird ein solcher Trinker aus den bessern Ständen, sobald er das gegen ihn geplante Vorgehen wittert, sich mit möglichst viel Geld versehen und verschwinden, sich Wochen und Monate lang, wie die Erfahrung lehrt, in der Welt umhertreiben, seine Familie finanziell und sich selbst gesundheitlich erheblich schädigen, bis es gelingt, seiner habhaft zu werden. Mit Rücksicht auf die Ehre der Familie wird aber nur selten ein Patient der besseren Stände in eine Trinkeranstalt gebracht werden, wenn er vorher interdicirt werden muss, es sei denn, dass er durch chronische Trunksucht vollständig willensschwach, d. h. in Wirklichkeit geistesschwach geworden ist. Für diese Personen aber reichen die bestehenden Irrenanstalten nach ihrer Qualität aus. Von denjenigen, welchen die Trinkerheilstätten Nutzen schaffen und die dort, wenn dies überhaupt oder doch nach dem Stadium ihrer Krankheit noch möglich scheint, Heilung finden sollen, werden sie sicherlich kaum aufgesucht werden, so lange mit einem solchen Aufenthalt der bürgerliche Tod, die Interdiction nothwendig verbunden ist. Nur die armen arbeitsunfähig gewordenen Trinker, die für sich selbst und die Ihrigen nicht mehr zu sorgen im Stande sind, werden diese Anstalten füllen und dadurch den Irrenpfleganstalten und Siechenabtheilungen der Krankenhäuser eine Entlastung gewähren. *Oebeke* will aber in dem jetzigen Stadium der Verhandlung in diesem kleinen Verein keinen dahinzielenden Antrag stellen, um die Uebereinstimmung mit dem grossen Verein der deutschen Irrenärzte

Digitized by Google

nicht zu stören, da ja dessen Vorschlag wenigstens eine Besserung der Verhältnisse in diesem wunden Punkte unseres Volkslebens anbahne und hoffentlich ein besseres Verständniss für eine richtige und Erfolg versprechende Einrichtung allmälig herbeiführen werde. —

Schmitz nahm Gelegenheit, seine Ansichten über § 12 und § 18 des Trunksuchtsgesetzentwurfs darzulegen und zu begründen. Der jetzige Entwurf wolle die Trunksüchtigen zuerst entmündigen, sie gesetzlich unschädlich machen und dann erst in eine Trinkerheilanstalt bringen. Die Alkoholisten seien Kranke, welche leider häufig wenig oder gar keine Einsicht in ihren Zustand hätten, denen bei der Krankheitseinsicht doch sehr häufig der Wille fehle, — (weil sie eben keinen mehr hätten) —, in einem Trinkerasyle Hülfe zu suchen. Die Folge sei die in dem Entwurfe erst in zweiter Reihe ausgesprochene zwangsweise Ueberführung solcher Kranken in geeignete Anstalten behufs eines Kurversuches. Das umständliche und zeitraubende Entmündigungsverfahren könne die schnelle Ueberführung nur hindern; deshalb verlange er, dass durch einen Zusatz zu § 12 die Trinkerheilanstalten das Recht erhielten, Trunksüchtige gegen deren Willen unter bestimmten Kautelen auch ohne voraufgegangene Entmündigung aufzunehmen und bis zur Genesung zurückzuhalten. Zu § 18 bemerkt *Schmitz*, dass er ohne Vorbehalt den Weimarer Beschlüssen des deutschen Irrenärztetages beitrete. — Die medicinische Ansicht von dem kranken Zustande der Trunksüchtigen wäre noch nicht allgemein anerkannt und müsse es deshalb immer wieder betont werden, dass diese Individuen in Folge ihrer Krankheit dem Abusus spirituosorum ergeben wären. Bis jetzt habe man es noch keinem Richter zugemuthet und sei es unerhört, Personen für eine häufig unverschuldete Krankheit zu bestrafen. Im Uebrigen verweist er auf seine im Verlage von P. Hanstein (Bonn) erschienene Arbeit: „Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung, nebst dem Entwurfe eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke."

Tigges weist darauf hin, dass in der Schweiz, im Canton St. Gallen, ebenso im Staate New-York die Verbringung von Trinkern in Trinkerasyle auf dem Verwaltungswege ohne vorherige Entmündigung statthaft sei. Er empfiehlt als das Bessere den Vorbehalt der Aufnahme ohne vorangegangene Entmündigung, eventuell aber auch Anschluss an die Weimarer Beschlüsse. Bei der Abstimmung war die Mehrheit der Versammlung für Zustimmung zu den in Weimar angenommenen Vorschlägen des Vereins der deutschen Irrenärzte.

Der Eventual-Antrag *Schmitz* bezüglich der Aufnahme ohne vorherige Interdiction gelangte nicht zur Abstimmung. —

Oebeke.

Digitized by Google

73. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. December 1891.

Eröffnet Nachm. 3 Uhr. Vorsitzender: Dr. *Laehr* sen.

Anwesend sind die Herren: Dr. *Anker*-Charlottenburg, Dr. *Ascher*-Dalldorf, Dr. *Bauer*-Charlottenburg, Dr. *Bothe*-Dalldorf, Dr. *Fränkel*-Steglitz, Dr. *Goldstein*-Gross-Lichterfelde, Dr. *Hans Gudden*-München, Dr. *Heimann*-Charlottenburg, Dr. *Koenig*-Dalldorf, Dr. *Laehr* sen.-Zehlendorf, Dr. *Landsberg*-Berlin, Dr. *Lehmann*-Dalldorf, Dr. *Marcus*-Berlin, Dr. *Mendel*-Berlin, Dr. *Moeli*-Dalldorf, Dr. *Müller*-Blankenburg a. H., Dr. *Neuendorf*-Bernburg, Dr. *Oestreicher*-Niederschönhausen, Dr. *Oliven*-Pankow, Dr. *Richter*-Dalldorf, Dr. *Sander*-Dalldorf, Dr. *Waldschmidt*-Westend, Dr. *Weicker*-Kiel, Dr. *Wueffert*-Berlin. Seit der letzten Sitzung ist Geh. Rath Prof. *Liman* dem Verein durch den Tod entrissen worden, Worte der Theilnahme wurden ihm gewidmet.

1. Dr. *Hebold*-Sorau, Ueber die Sehnervenkreuzung beim Menschen[1]).

Vortr. geht davon aus, dass *Michel* immer noch die Kreuzung sämmtlicher Nervenfasern im Chiasma des menschlichen Sehnervenpaares behauptet, und weist Präparate vor von zwei Fällen mit Atrophie eines Auges, wodurch unzweifelhaft die Semidecussation nachgewiesen wird und gleichzeitig erhellt, dass die Behauptung *Michel*'s, die Atrophie des Opticus mache in derartigen Fällen am Chiasma Halt, nicht stichhaltig ist.

2. *Hebold* empfiehlt dann kurz an der Hand von Präparaten die Anwendung der *Nissl*'schen Färbung mit Magentaroth auf Rückenmarksschnitte. Er hebt hervor, dass die im Thermostate gefärbten Präparate nach kurzem Auswaschen in Alkohol nur durch den Aufenthalt in Origanumsöl entfärbt werden sollen, um eine gute Färbung der Zellen zu erhalten. Dabei ergebe sich eine unerwartet grosse Anzahl von Nervenzellen, welche mit keiner anderen Färbung so deutlich darzustellen seien. Deren Charakter als Nervenzellen ergebe sich durch den Nachweis der Nervenfortsätze. Er geht nicht näher ein auf die Beschreibung und Gruppirung dieser kleinen Nervenzellen, sondern verweist auf *Waldeyer*'s wichtige Arbeit „Das Gorilla-Rückenmark, Berlin 1889, Vorlag der Kgl. Academie der Wissenschaften", der diese Zellen ebenfalls beschreibt, sie indessen anscheinend nicht in der Anzahl, wie sie durch die genannte Methode zur Ansicht gelangen, gesehen hat, und behält sich das Weitere für eine fernere Veröffentlichung vor.

Dr. *Ascher*-Dalldorf, Ueber Aphasie bei progressiver Paralyse.

Bei einem Paralytiker trat im Laufe der Krankheit ein Symptomencomplex in den Vordergrund, welcher sich als Aphasie charakterisirte.

---

[1]) Ausführlicher mitgetheilt in *Gräfe*'s Archiv Bd. XXXVIII S. 221.

Digitized

Durch wiederholte Untersuchungen wurde festgestelt, dass der Patient nur einen geringen Wortschatz besass, den er spontan nur selten gebrauchte. Das Verständniss für das von ihm gesprochene war herabgesetzt, die Worte waren nicht selten verstümmelt. Mangelhaft war auch das Verständniss der an ihn gerichteten Worte. Indess gelang es dem Kranken besser, einen ihm genannten Gegenstand zu zeigen, als denselben Gegenstand zu benennen. Nachzusprechen war Patient gut im Stande.

Gestört war ferner das spontane Schreiben, mangelhaft ging das Schreiben auf Dictat, besser gelang das Schreiben nach einer Vorlage. Erhalten war die Fähigkeit des Lesens, indess war das Verständniss für das Gelesene nur mangelhaft.

Nach dem *Wernicke-Lichtheim*'schen Schema war anzunehmen, dass die Störung besonders die transcorticale motorische Bahn getroffen hatte, aber auch die transcorticale sensorische Bahn nicht intact gelassen hatte.

Der pathologisch-anatomische Befund ergab ausser einer leichten hämorrhagischen Pachymeningitis und chronischen Leptomeningitis mässige Gewichtsabnahme des Gehirns, Erweiterung der Seitenkammern, Körnung des Ueberzugs derselben. Auffallend war die Verschmälerung der ersten linken Schläfenwindung. Die mikroskopische Untersuchung ergab für sämmtliche zur Untersuchung gelangende Hirnwindungen (Gyr. front. I u. III, Gyrus rect., Gyr. central. anter., Gyr. temporal. I u. II rechts und links) erheblichen Faserschwund und Vermehrung der Spinnenzellen. Was die erste linke Schläfenwindung betraf, so war hier der Mangel an Ganglienzellen in der ersten und zweiten *Meynert*'schen Schicht besonders auffallend: schwer erwies sich auch die Markleiste geschädigt.

Vortr. knüpft an diesen Fall an, in dem dem klinischen Befunde nach vor allem Schädigungen in der *Broca*'schen Windung angenommen werden mussten, um auf die von *Moeli* neuerdings in Anlehnung an *Kussmaul* aufgestellte Theorie einzugehen, nach welcher die centrifugale Bahn die Wortklangbildstätte passirt (sensorisches Centrum *Wernicke*'s). Nach dieser Theorie könnte eine Uebereinstimmung des pathologischen Befundes mit dem klinischen Bilde statuirt werden.

Zum Schlusse schlägt der Vorsitzende vor, darauf hinzuwirken, dass, da nun der Verein, wie der 2. Berliner Verein für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, welcher das gleiche Ziel auf verschiedenem Wege erstrebe, ein Vierteljahrhundert bestehe, eine gemeinsame Sitzung ausnahmsweise stattfinde, zumal ein grosser Theil der Mitglieder beiden Vereinen angehöre. Die Versammlung stimmt zu. *M.*

Digitized by Google

Literatur.

Der politische Verbrecher und die Revolutionen in anthropologischer, juristischer und staatswissenschaftlicher Beziehung von *C. Lombroso* und *Th. Laschi*. Uebersetzt von Dr. *H. Kurella*. 2 Bände mit 9 Tafeln. Hamburg 1892. 280 u. 287. S.

Ein neues Buch von *Lombroso* bedeutet stets ein neues Ereigniss, dessen Eindrücken wir uns diesmal um so unbefangener hingeben können, als es sich nur so nebenbei um unseren etwas anachronistischen Ahnen, den Verbrecher, oder um die Genies aus der grossen Familie der Epilepsie handelt. Im Gegentheil, an den Revolutionen betheiligen sich mehr die leidenschaftlichen und genialen Menschen, als wie die geisteskranken und verbrecherischen, und „bei den Revolutionären aus Leidenschaft tritt neben der höheren körperlichen auch eine vollendete geistige Entwicklung hervor, und hier empfinden wir es härter als irgendwo anders, wie grausam es ist, sie, die den Gipfel menschlicher Güte, Hingebung und Heiligkeit darstellen, neben gemeinen Verbrechern zu nennen, wenn auch nur in Folge eines sprachlichen Zwanges (II. 63, 64). Ja, sie im Lichte der Psychiatrie studiren zu wollen, ist ein ähnliches Unternehmen, als wenn man die schönen Linien der medicäischen Venus mit dem Zirkel ergründen wollte, ohne auf die erhabene Reinheit des ganzen Kunstwerkes zu achten.

O, ihr Heiligen, der Idee hingegebenen Seelen, verzeiht uns; wir fühlen es, dass euer blosser Anblick schon genügt, die Menschheit hoch schätzen zu lehren und die Ueberzahl derer vergessen zu machen, denen grober Genuss das einzige Ziel ist; aber der Forscher hat seine Pflichten, und nachdem wir unsere Bewunderung und Anbetung dargebracht haben, kehren wir zum Zirkel zurück."

Lombroso hätte das füglich *Mantegazza* überlassen können! Aber ohne dergleichen Absonderlichkeiten geht es nun einmal bei *Lombroso* nicht her. Wenn sie indess nur vereinzelt und ohne jede Anmaassung, ich möchte vielmehr sagen, mit einer gewissen Liebenswürdigkeit auftreten, so kann man sie bei der sonstigen Fülle interessanter Thatsachen und dem bekannten genialen Ideenreichthum *Lombroso*'s schon mit in den Kauf nehmen, und man wird trotzdem einen guten Handel machen.

Digitized by Google

Lombroso geht von der Anschauung aus, dass überall durch die gesammte Natur ein Gesetz des Beharrens gehe. Körperlich drückt es sich beim Menschen u. A. aus durch das Ueberbleiben überflüssig gewordener Muskeln an Ohr und Nase, oder von Körpertheilen, die keinen Zweck mehr haben, wie das Steissbein, und die sogar geradezu nachtheilig wirken, wie der Blinddarm. In der moralischen Welt wird das Beharrungsgesetz zum Misoneismus, indem der Mensch das Neue hasst und verfolgt.

Die Kinder entsetzen sich vor allem Neuen, der Ungebildete hängt an alten Sitten und Gewohnheiten, und die Naturvölker gehen eher zu Grunde, als dass sie sich dem Neuen fügen.

Einen besonderen Ausdruck findet dieser Hass des Neuen in der Religion, ja er bildet geradezu eine Grundbedingung ihres Bestehens, und wenn der Neuerer heutzutage auch nicht mehr kurzerhand verbrannt wird, so weiss *Lombroso* doch ganz gut, dass der Kirche hierzu nicht die Geneigtheit, sondern nur die nöthige Macht fehlt.

Das Hineinmengen alten Aberglaubens in die moderne Religion ist Folge desselben Misoneismus. So fahren in Paris an Freitagen 27,000 Menschen weniger mit dem Omnibus, als wie an den andern Wochentagen.

Noch bis auf den heutigen Tag hat jeder Entdecker mit dem Widerstande nicht nur der grossen Massen, sondern auch der zünftigen Akademie zu thun, und erst nach langem Widerstreben, und wenn seine Entdeckung das Neue und Ungewohnte verloren hat, wird er in Gnaden aufgenommen. *(R. Wagner.)*

Mit gleicher Starrheit wie die Kirche verharrt die Politik bei den alten Formen und den alten Regenten. Ein Verstoss gegen die Sitten war im Alterthum das grösste Verbrechen, und noch manche Regierung der Neuzeit betrachtet die Gegner des Zopfes als ihre Todfeinde.

Diesem Misoneismus steht der Philoneismus gegenüber. Aber diese Liebe für das Neue bildet mehr eine Ausnahme als wie die Regel. Sie ist meist das Erzeugniss äusserer Verhältnisse, die lange eingewirkt haben und alsdann scheinbar plötzlich zu einer Veränderung, einer Umwälzung führen.

Fortschrittsbewegungen, die sich unvermittelt und plötzlich äussern, die sogenannten Revolten, sind dagegen unphysiologisch, sie sind antisoziale Thaten, überstürzte und künstliche Bewegungen, ganz im Gegensatze zu den Revolutionen, die einen langsam, wohl vorbereiteten und nothwendigen Vorgang darstellen. Aus diesem Grunde haben sie auch Erfolg, während die Revolte dem Tode geweiht ist.

Nicht die rohe Faust, sondern die Idee bewirkt tiefe und dauernde Veränderungen in der Organisation des Staates.

Die Revolution ist nach *Lombroso* eine physiologische Erscheinung und kann somit nicht verbrecherisch sein, die Revolte dagegen ist eine pathologische Erscheinung, das Aequivalent eines Verbrechens, und zwar des politischen Verbrechens, worunter jedes gewaltsame Attentat gegen den

Digitized by Google

politischen, religiösen oder sozialen Misoneismus der Mehrheit, die ihr entsprechende Regierungsform oder deren Repräsentanten zu verstehen ist.

Nachdem die Grundbegriffe in dieser Weise festgelegt sind, geht *Lombroso* auf die näheren Bedingungen dieser revolutionären Bewegungen ein, und er behandelt in 12 Capiteln den Einfluss von Klima und Ernährung, Rasse und Bildung, Geschlecht und Beruf, von Geisteskrankheit und Verbrechen.

Es ist ein massenhaftes Material, das *Lombroso* hier in seiner bekannten Weise zusammenhäuft, nicht gerade kritisch gesichtet, aber immer von grossem Interesse. Wer daher diesem Gegenstande eine besondere Neigung entgegenträgt, thut besser, das Buch selber zur Hand zu nehmen, da es dem Referenten selbstverständlich versagt ist, die Unsumme von Einzelheiten auch nur annähernd wiederzugeben.

Grosse Kälte erstarrt, Hitze erschlafft, eine andauernde und energische Bewegung ist bei diesen extremen Wärmegraden ausgeschlossen. Daher ist in heissen Gegenden die Revolution selten, die Revolte als eine kurze und plötzlich auflodernde Bewegung häufig.

In gleicher Weise befördernd auf die letzten, hemmend auf erstere, wirkt der Alkohol, als Hinderniss jeder kräftigen Entwicklung.

Die Revolte ist häufig bei brachycephalen Völkern mit bräunlicher Haut. Die Revolution dagegen entspricht den Gesetzen der Genialität; zwischen ihr — der Genialität — und der republikanischen Gesinnung besteht ausnahmloser Parellelismus.

Kultur und Genialität gehen mit den dolichocephalen Rassen, und der blonde Typus steht am höchsten. Blond waren die griechischen Heroen, und die Götter und Helden Homers sind blond. Auch Christus wird in den Legenden blond dargestellt. Christenthum und Protestantismus entwickelten sich vorzugsweise unter den blonden Rassen, je blonder um so besser, und das normale Element ist unter den Rothhaarigen am stärksten vertreten.

Hiermit könnten wir Germanen uns eigentlich einverstanden erklären, wenn nicht *Lombroso* mit der etwas verblüffenden Behauptung herauskäme, dass der moderne Nordamerikaner die höchste menschliche Entwicklung repräsentire und eine Umgestaltung der weissen Rasse darstelle, deren Höhe wir Europäer erst nach Jahrhunderten werden erreichen können (wörtlich I. 114). Und diese Höhe der Entwickelung? „Er hat die ans Lächerliche streifende Verehrung des Engländers für die Ueberlieferung gegen ein Gesetz vertauscht, welches so neu ist, dass es noch nicht einmal einen Namen hat: das Lynchrecht, — die übertriebene Verehrung der Frau mit einer unbeschränkten Freiheit, die intolerante anglikanische Orthodoxie mit der bizarrsten Heterodoxie, die sich im Mormonenthum und Shakerthum verkörpert, und mit einer an Ironie grenzenden Toleranz, so dass in der Kapelle des anglikanischen Reverend auch abwechselnd der römische Priester und der Rabbiner predigt. An die Stelle der unterwürfigen Ach-

Digitized by Google

tung für den Adel und die Staatsbeamten ist eine oft zum Cynismus gesteigerte Gleichgültigkeit nicht nur gegen das politische Oberhaupt, sondern auch gegen die Vertreter des Volkes getreten. Geist, und mehr noch Geld finden allein Achtung und Einfluss, die Presse ist ein kräftigeres Werkzeug der Macht, als die, über welche die Regierung verfügt."

Also Lynchrecht und Mormonenthum! Ob es einfach die Wirkung des mir angeborenen Misoneismus ist, dass ich mich dieser Meinung gegenüber zunächst ablehnend verhalte, muss ich Anderen zur Entscheidung überlassen. Mir persönlich ist die Heine'sche Anschauungsweise, der er in nicht gerade übermässig höflichen Versen Ausdruck gegeben hat, bei weitem sympathischer.

Aber Heine gehörte als Semit einer senilen Rasse an, und war daher schon von Natur aus ultraconservativ. Denn nur der bekannte Kampf ums Dasein und der Wechsel des Klimas kann die alten Rassen über Wasser halten, die sonst in Ruhe und Nichtsthun zu Grunde gehen. Beweis ist wieder der Amerikaner und die Juden selbst die im fremden Lande gedeihen, im eigenen aber verkommen.

Aristoteles bezeichnet als die Quelle aller Revolutionen die Ungleichheit. Die regierende Klasse versinkt allmählich in Unthätigkeit, die Unterdrückten regen und wagen sich, bis sie es zur Umwälzung der bestehenden Gesellschaft gebracht haben und nun ihrerseits zur Herrschaft gelangen.

Auf diese Weise kann auch die Revolution die bestehende Gesellschaft in ihren Grundfesten zerrütten, aber auch durch tiefgehende Aetzungen retten, während die Revolte sie stets nutzlos stört und höchstens corrumpirt. Ebenso rufen verfrühte Reformen den Widerstand des Volkes hervor (Savonarola, Rienzi, Peter der Grosse). Am sichersten aber kommt es zur Revolte, wenn man die Gebräuche und Vorurtheile eines Landes antastet (Aufstand der Seapoys).

Wie das Kind ist auch die Frau mit ganzer Seele misoneistisch, und sie bewahrt Ueberlieferung und Religion noch treu im Herzen, wenn die Männer schon längst davon abgefallen sind. Als conservative Naturen sind die Frauen die natürlichen Gegner aller revolutionären Bewegung. Da nun nach *Lombroso* Revolution und Genialität Hand in Hand gehen, so fehlt auch in der Welt des Geistes die Frau absolut, und geniale Frauen bilden eine fremdartige Erscheinung in der Welt. Dass dies *Lombroso*'s Ansicht und nicht die meine ist, versteht sich zwar von selbst, mag aber der Sicherheit halber hier besonders hervorgehoben werden.

Wo sich die Frau ausnahmsweise an Revolutionen betheiligt, stecken sicherlich andere Motive dahinter, die vorzugsweise erotischer Natur sind (Messalina, Catharina II., Maria Stuart), und ihre hervorragende Theilnahme an der grössten revolutionären Bewegung, dem Christenthum, findet ihre natürliche Erklärung in dem Umstande, dass der Frau durch das Christenthum eine bei weitem bessere sociale Stellung zugesichert wurde.

Digitized by Google

An den Revolten dagegen betheiligt sich das ewig Weibliche mit einer gewissen Vorliebe, entsprechend der leichteren Erregbarkeit des zarten Geschlechtes. Und zwar zeichnen sie sich hier durch Excesse und durch Extravaganz aus, die alles hinter sich lassen, was der Mann hierin zu leisten im Stande ist. Die grössten Scheusslichkeiten, die widerwärtigsten Thaten viehischer Grausamkeit und Wuth wurden bekanntlich von jenen Hyänen verübt, die mit Entsetzen Spott treiben. Und dabei hatte Schiller nicht einmal jene Heldinnen der Commune gekannt, die den gefallenen Versaillern die Geschlechtstheile ausrissen und als Feldzeichen auf die Stange steckten.

Man hat den Liberalismus auch wohl als eine Kinderkrankheit bezeichnet, und wenn man damit andeuten will, dass bei der Jugend der Misoneismus am geringsten hervortritt und der Altruismus am lebendigsten ist, so hat jene Bezeichnung eine gewisse Berechtigung. Die meisten schönen Handlungen jeder Art werden nach Montaigne von Menschen unter 30 Jahren ausgeführt. Revolutionen sind nie von Menschen mit Brillen gemacht worden, und ebenso wenig wird das Rauschen neuer Wahrheiten von denen vernommen, die ein Hörrohr nöthig haben.

Entsprechend der ethischen Natur der Revolution ist der Antheil des Verbrecherthums an ihr ein nur geringer, während er bei der Revolte um so stärker hervortritt. Fast alle Leiter der Commune waren moralisch Entartete, und sie zeichneten sich durch absolute Gemüths- und Gewissenlosigkeit aus. Natürlich fehlte es bei ihnen nicht an den betreffenden Degenerationszeichen, und so besitzt auch Herr Most, der Redacteur der „Freiheit", criminelle Merkmale, womit sein Mangel an moralischem Sinn übereinstimmt. Er ist nämlich von Widerwillen erregender Hässlichkeit, hat einen asymmetrischen und dabei enorm grossen Oberkiefer, Krötenaugen, schlappe Haut (I. 254).

Aus gleichen Gründen, wie die Frauen, neigen Geisteskranke mehr zur Revolte als zur Revolution, deren langsamer Entwicklungsgang ihrem gesteigerten Selbstgefühle und dem Mangel an psychischer Hemmung weniger entspricht, während sie andererseits „der den Irren eigenthümliche geringere Misoneismus, die grössere Leichtigkeit, womit sie das Neue ergreifen und festhalten", auch der revolutionären Bewegung in die Arme treibt.

Was *Lombroso* hier in Cap. IX und X über geisteskranke politische Verbrecher, über mattoide Politiker und das hystero-epileptische Irresein sagt, haben wir schon früher bei ihm gelesen, und hat durch die Wiederholung nicht an Klarheit gewonnen.

Wir stossen hier als Beispiele auf die Namen von Schopenhauer, Luther, Newton und Mohammed, zusammengestellt mit Marat, Louise Michel und anderen, und glauben damit jedes weiteren Eingehens auf diese sogenannten individuellen Factoren überhoben zu sein.

Ich halte diese Capitel trotz der vielen, an sich ganz interessanten historischen und literarischen Einzelheiten für den schwächsten Theil der Arbeit und würde sie ohne grosses Bedauern vermissen.

Digitized by Google

Ganz anders wie der Geisteskranke wirkt das Genie auf die Revolutionen ein. Das Genie ist ohnehin der natürliche Gegner der alten Ueberlieferung, der es geradezu feindlich gegenübersteht. Aber in seiner Förderung des Neuen kann es nur dann Erspriessliches leisten, wenn der Boden hinreichend vorbereitet ist. Ist dies nicht der Fall, so erleidet die Bewegung trotz aller Genialität einen Misserfolg, und die Revolution sinkt zur leidigen Revolte herab (Stefan Marcel, Rienzi, Masaniello, Pombal etc.).

„In gewissen Fällen ist es jedoch anfangs unmöglich zu unterscheiden, ob eine Bewegung als Revolution oder als blosse Revolte anzusehen sei. Vor allem kann auch die legitimste Revolution nicht ohne den einen oder anderen Gewaltact verlaufen, der das Durchbrechen der Schale bedeutet. Solche Vorkommnisse können als Aufruhracte erscheinen, besonders Solchen, deren Interessen bedroht sind, und daran fehlt es nie. Die Lösung der Frage kann nicht im Moment gegeben werden, da nur die edle Art der Triebfeder, die Betheiligung aller Klassen in grossem Massstabe und der Erfolg sie ermöglichen, und diese Factoren werden erst nach längerer Zeit sichtbar. So wissen wir heute nicht zu sagen, ob die Nihilisten Rebellen oder Revolutionäre sind“ (II. 36).

Der zweite Theil des Buches ist der Jurisprudenz vorbehalten, und er behandelt die ökonomische, sociale und politische Prophylaxe des politischen Verbrechers. Es sind juristische Untersuchungen von hohem Werthe und die logischen Schlussfolgerungen der von *Lombroso* eingeleiteten Bewegung und des Umschwunges in den Ansichten über Verbrechen und Strafe. Das Gesetz der Majorität ist ein Naturgesetz. Wer aber die Naturgesetze nur um eine Linie übertritt, fällt dem Untergange anheim, und wer zu schnelle und unzeitgemässe Fortschritte herbeiführen will, den trifft die in ihrer natürlichen Neigung zum Beharren verletzte Gesellschaft.

Die gewaltthätige Opposition gegen einen normaler Weise von der misoneistischen Majorität festgehaltenen politischen Organismus, die Revolte, ist deshalb unnatürlich, da der gewaltsame Vorstoss auf den Willen der Majorität, womit sie den von ihr geschaffenen politischen Organismus zu erhalten strebt, eine Rechtsverletzung in sich schliesst. Hieraus ergiebt sich die Rechtmässigkeit der Strafe.

Bei der grossen und langsamen Umwälzung, die wir Revolution nennen, besteht dieser Gegensatz zwischen natürlichem Recht und der Neuerung nicht, und daher wird die Handlung zu einer gesetzmässigen erhoben, so schuldig sie auch anfangs erscheinen mag.

In sofern also, als sich Christus und Sokrates gegen den Willen der Majorität vergingen, muss ihre Verurtheilung als eine gerechte bezeichnet werden, während Darwin, Spencer und mancher andere ihre Straflosigkeit nur der fortgeschrittenen Cultur verdanken.

Könnten Staat und Kirche, wie sie gerne möchten, sie würden auch diesen Revolutionären ganz anders aufspielen, an gutem Willen fehlt es den legitimen Vertretern alter Sitte und alten Herkommens sicherlich nicht.

Digitized by Google

Mit der Besprechung einer Reihe von Präventivmaassregeln, wie Steuern und Erbrecht, Arbeiterschutz, Staatsversicherung u. dergl. mehr schliesst das Buch, das, wie dies bei *Lombroso* gar nicht anders zu erwarten, ein ganzes Füllhorn des Wissens, der Belehrung und vor allem der Bewegung über uns ausgiesst.

Die Uebersetzung liest sich gut. Nur hier und da muthet uns der Uebersetzer an Fremdwörtern mehr zu, als gerade nöthig gewesen, und was z. B. eine Stratification des Gedächtnisses ist (I. 214), das müsste er mir erst verrathen. *Pelman.*

---

v. *Frankl*-Hochwart, Die Tetanie. (Berlin 1891. August Hirschwald.)

Gestützt auf 70 eigene Beobachtungen, die er namentlich in der *Nothnagel*schen Klinik gemacht hat, giebt Verf. in der vorliegenden Schrift eine erschöpfende Monographie über diese eigenthümliche Krankheit.

In dem Abschnitt über das Vorkommen der Tetanie stellt Verf. sechs Gruppen auf:

1) Vorkommen der Tetanie bei gesunden Individuen (Tetanie-Epidemien); 2) bei Magen- und Darmaffectionen, und zwar a) bei Kindern und b) bei Erwachsenen; 3) bei Infectionskrankheiten, und zwar, a) bei solchen, wo der Darm heftig ergriffen ist (Cholera, Typhus), und b) bei denen ohne schwere Darmerscheinungen (Masern, Scharlach, Blattern, Gelenkrheumatismus, Malaria, Angina, Influenza); 4) toxische Tetanie (Ergotin, Alkohol, Chloroform, Urämie); 5) die Tetanie der Schwangeren, Gebärenden und Säugenden; und 6) Tetanie nach Kropfexstirpation.

Ueber die Aetiologie wissen wir nur wenig. Sicher gestellt ist, dass sie nach Schilddrüsenexstirpation entsteht, und dass einige Gifte sie hervorrufen können; auch scheinen heftige Darmreize ein ätiologisches Moment abzugeben. Das epidemisch endemische Vorkommen der Erkrankung sowie einige andere Umstände (das Vorkommen normaler und subnormaler Temperaturen, die Verbindung mit typischen Infectionskrankheiten, das Vorkommen der hallucinatorischen Verworrenheit, das gleichzeitige Befallenwerden mehrerer Leute in demselben Hause) machen es wahrscheinlich, dass es eine infectiöse Form der Tetanie giebt.

Als Gelegenheitsursachen scheinen Kälteeinflüsse, psychische Erregungen, körperliche Ueberanstrengungen zu wirken; bisweilen kommen tetanieähnliche Erscheinungen im Verlaufe schwerer Nervenkrankheiten vor.

Der Abschnitt über Symptomatologie bietet nichts hervorragend Neues. Für Verf. unterliegt es nach seinen Experimenten an Thieren keinem Zweifel, dass das Trousseau'sche Phänomen als das Product der Nervenreizung anzusehen ist, während die Compression dabei keine Rolle spiele.

Digitized by Google

Wichtig sind die Erfahrungen des Verfassers in Bezug auf die Prognose:

Bei gesunden Handwerkern verläuft die Tetanie meist in einigen Wochen oder Monaten mit dem Ausgange in Heilung; doch sind Recidive häufig.

Auch kommt es bisweilen bei diesen Leuten zu chronischen, sich über Jahre erstreckenden Formen. Aehnlich ist der Verlauf bei Erwachsenen mit Darmerkrankungen; nur bei Magenectasien erfolgt meist der Tod. Die Formen, die bei Infectionskrankheiten auftreten oder durch Gifte entstehen, sind meist flüchtiger Natur. Die der Schwangeren dauern bisweilen bis zur Geburt, die der Säugenden können sich auf Wochen und Monate ausdehnen. Zwei Mal trat bei Frauen während eines Tetanieanfalls nach der Geburt der Tod ein. Schwere Formen zeigen sich oft nach Strumaexstirpation. Wenn auch einzelne dieser Fälle gutartig verlaufen, so führen doch viele zum Tode, oft in wenigen Tagen, bisweilen erst nach Monaten. Oefters schliesst sich an die Tetania strumipriva das der Tetanie vielfach ähnliche Myxödem an. Bei gesunden Kindern kann das Auftreten von Laryngospasmus gefährlich werden; im Uebrigen scheint der Verlauf ähnlich wie bei gesunden Erwachsenen zu sein. Von den im Verlaufe anderer Krankheiten (des Darm- und Respirationstractes) ergriffenen Kindern sterben ziemlich viele.

Die Autopsien haben bis jetzt keinen für die Tetanie charakteristischen Befund ergeben. Die bisher vorgeschlagenen therapeutischen Mittel leisten wenig. Zum Schluss giebt Verf ein ausführliches Literatur-Verzeichniss. *Seeligmüller.*

J. M. Charcot, Oeuvres complètes. Tome IX. Paris 1890.

Dieser Band der gesammten Werke des berühmten Pariser Arztes enthält zwar ausschliesslich neurologische Arbeiten, aber solche von sehr verschiedener Art und ungleicher Wichtigkeit. Im ersten Theile findet sich eine Zusammenstellung von Aufsätzen über Hirnhämorrhagie und Hirnerweichung, über Miliaraneurysmen mit vortrefflichen Abbildungen auf den beigegebenen Tafeln, über den acuten Decubitus auf der Hinterbacke der gelähmten Seite, über viscerale Ecchymosen bei Apoplectikern und Anderes.

Der 2. Theil handelt über Metalloskopie, Metallotherapie und Hypnotismus. Bekanntlich war es *Charcot*, welcher die bezüglichen, vielfach angezweifelten Angaben des Dr. *Burq* wissenschaftlich prüfte und in seiner Klinik, z. B. zur Zeit der Ausstellung von 1878 vor auswärtigen Aerzten demonstrirte. Ebenso bekannt ist es, dass er als Mitglied der Commission der Akademie zuerst die hypnotischen Phänomene genau studirte und die allerdings von der neueren Schule nicht völlig anerkannte Lehre von den Phasen des Anfalles aufstellte.

Digitized by Go

Im 3. Theil ist ein Vortrag über statische Elektricität mitgetheilt.

Die Ausstattung ist eine vortreffliche, der Bedeutung des weltbekannten Neurologen würdige. *Seeligmüller.*

Rinaldo Rainaldi, Le Localizzazioni cerebrali studiate in un caso d'ipnotismo. Foligno, 1891. 4°. p. 322. Mit 10 Taf.

Eine schwer belastete Frau nervösen Temperaments erkrankte nach 6 angreifenden Schwangerschaften an Hysterie, welche sich in monatelang täglich, später seltener auftretenden hystero-epileptischen Anfällen, Anästhesien, Ovarialgieen u. dergl. manifestirte. Im folgenden Jahre Anfälle von Somnambulismus, dann $2^1/_2$ Monate hindurch dreimal täglich zu bestimmten Zeiten auftretende hystero-epileptische Anfälle; dieselben wurden durch hypnotische Suggestion unterbrochen. Danach trat allnächtlicher, 10 Stunden anhaltender spontaner Somnambulismus auf, welcher später einmal 27 Tage hintereinander ununterbrochen anhielt. Später folgten dann wiederholte Anfälle von Uraemia hysterica, beendet durch eine 7. Gravidität; die hystero-epileptischen Anfälle wurden durch Suggestion schliesslich ganz beseitigt.

Die vom Verf. ausgeführten Experimente an der Kranken beruhen auf dem von *Silva* beobachteten Rolandischen Phänomen: Beeinflussung bestimmter Rindengebiete durch Schädelpercussion, in den peripheren Theilen sich manifestirend.

Einwirkung auf das Gehörcentrum (durch Beklopfen des Schädels im vorderen oberen Theile der Schläfenbeinschuppe) ruft bei der im lethargischen Stadium der Hypnose befindlichen, auf Reize jeder Art reactionslosen Kranken Wiederherstellung der Gehörsempfindung auf der entgegengesetzten Seite, bei völliger Worttaubheit, hervor.

Das vorwiegend in der linken 1. Schläfenwindung gelegene Centrum für Erinnerungslautbilder wurde durch Beklopfen einzelner Stellen der Schuppennaht beeinflusst; bei Beklopfen links verschwand die Worttaubheit rechts, bei Beklopfen rechts verschwand dieselbe auf beiden Seiten.

Beklopfen des höchsten Punktes der Schuppennaht bewirkt durch Einwirkung auf das motorische Zungencentrum Wiederherstellung der Beweglichkeit der Zunge auf der entgegengesetzten Seite. Beim Hervorstrecken zeigt dieselbe, entgegengesetzt dem Verhalten bei der gewöhnlichen Hemiplegie, ein Abweichen nach der nicht gelähmten Seite, was der Verf. aus dem Fortbestehen der beiderseitigen Lähmung der vom N. facialis innervirten Zungenmuskeln erklärt.

Unmittelbar über der Percussionsstelle für den N. hypoglossus befindet sich die für den unteren Theil des N. facialis: einseitiges Beklopfen bewirkt die Fähigkeit, die entgegengesetzte Lippenhälfte zum Pfeifen zu contrahiren.

Nach vorne von dieser Stelle, auf der Kranznaht, liegt linksseitig die Percussionsstelle für das Centrum der Erinnerungsbilder der Articulations-

Digitized by Google

bewegungen (3. Frontalwindung). Beklopfen hier hob sofort die bestehende Aphasie auf.

Das Gesichtscentrum wird getroffen durch Percussion einer Stelle, welche oberhalb einer von der Spina nasalis zum Lambda gezogenen Linie zwischen der unteren und der oberen Temporallinie gelegen ist. Die völlig amaurotische Kranke wird bei Beklopfen dieser Stelle auf der linken Seite rechtsseitig hemiopisch, bei Fortbestehen der Schriftblindheit. Eine genauere Prüfung der Gesichtsfelder ergab, dass rechte und linke Hälfte nicht scharf geschieden waren, sondern in der Mitte eine Zone bestand, welche von beiden Tract. optici versorgt wurde.

Vorwärts dieser Stelle, nach der Schuppennaht zu, liegt linksseitig das Centrum der Erinnerungsgesichtsbilder. Beklopfen derselben lässt die Schriftblindheit weichen, die Kranke kann lesen.

Beklopfen einer an der Grenze des oberen und mittleren Dritttheils der Ohrscheitellinie gelegenen Stelle verwandelt durch Einwirkung auf das motorische Centrum der oberen Extremität die bisher bestehende schlaffe Lähmung derselben in eine spasmodische Contractur mit Ueberwiegen der Flexoren, auf der entgegengesetzten Seite.

Die Percussionszone für die untere Extremität wird begrenzt nach oben durch die hinteren zwei Drittel einer vom Scheitelpunkt der Kranznaht zum Ursprung der Centralfurche (nach *Giacomini*'s Methode bestimmt) gezogenen und um 1 cm verlängerten Linie; nach vorn und nach hinten durch zwei, von den Endpunkten der oberen Begrenzung parallel der Centralfurche bis zum Centrum der oberen Extremität gezogene Linien. Einseitiges Percutiren dieser Zone verwandelt die schlaffe Lähmung der entgegengesetzten unteren Extremität in Contractur, mit Steigerung des Tonus in der gleichseitigen unteren Extremität.

Percussion der dem oberen Scheitelläppchen entsprechenden Stelle ergab Wiederherstellung der Sensibilität und des Muskelsinns, und zwar in der oberen Hälfte für die untere, in der unteren Hälfte für die obere Extremität der entgegengesetzten Seite: Percussion in der Nähe der Mittellinie hatte doppelseitigen Effect.

Nur einmal gelang es, durch Beklopfen entsprechend den vorderen Theilen der Stirnlappen, die bei der Kranken auch im wachen Zustande häufig bestehende Muskelcontractur auf kurze Zeit zu beseitigen.

Eine dem unteren hinteren Theil der 2. Occipitalwindung entsprechende Stelle an der Lambdanaht stellte beim Beklopfen das Riechvermögen auf der entgegengesetzten Nasenseite wieder her.

Unterhalb dieser Stelle, entsprechend dem hinteren Theil der 3. Occipitalwindung, ist die Percussionsstelle für das Geschmackscentrum.

Reizung einer Stelle der Kopfhaut links unmittelbar hinter der dem *Broca*'schen Sprachcentrum entsprechenden Stelle bewirkte, dass die bisher aphonische Sprache laut wurde; Verf. vermuthet hier, entsprechend den Untersuchungen *Masini*'s, das Centrum für die Kehlkopfbewegungen.

Digitized by Google

Am hintersten Ende der 1. Frontalwindung wurde das Centrum für die Rotationsbewegungen des Kopfes festgestellt.

Die oben erwähnten, nach Reizung der den motorischen Centren der Gliedmaassen entsprechenden Kopfstellen auftretenden Contracturen wurden beseitigt für die obere Extremität durch Beklopfen des inneren und vorderen Theils des Stirnhöckers; unterhalb dieser Stelle für die untere Extremität; nach aussen davon für die Rotationsmuskeln des Kopfes.

Zum Studium des graphischen Centrums wurde der Kranken im somnambulen Stadium suggerirt, dass sie beim Erwachen agraphisch sein werde, was in ganz reiner Weise gelang; für die linke Hand blieb das Schreibvermögen erhalten, ohne dass Spiegelschrift bestand, aber die Schrift war langsam und mühsam. Sie wurde leichter nach Beklopfen einer Stelle auf der rechten Seite des Schädels nach vorn von der für die obere Extremität bestimmten Stelle. Reizung derselben Stelle links stellte dann das Schreibvermögen der rechten Hand wieder her, aber nur für die Dauer des Reizes.

Gleichzeitige Reizung der motorischen Centren und der Hemmungscentren im Stirnlappen bewirkte bei gleicher Stärke negativen, bei ungleicher Stärke der Differenz entsprechenden Erfolg.

Durch Einzelerregung des Zungen- und unteren Facialiscentrums wurde die Mitwirkung derselben beim Aussprechen der einzelnen Buchstaben des Alphabets festgestellt.

In verschiedenartigen Combinationen wurden die zum Zustandekommen der Sprache erforderlichen Centren durch Percussion der betreffenden Kopfstellen in Thätigkeit gesetzt und dadurch die verschiedenen klinischen Bilder der Sprachstörungen erzeugt, mit interessanten Beobachtungen in Bezug auf verbale Amnesie, Paraphasie, Worttaubheit; ferner wurde im somnambulen Stadium, durch Suggestion, (cf. oben) das Verhältniss des graphischen Erinnerungscentrums zu den Erinnerungscentren der Sprache und des Gesichts studirt (vicariirendes Eintreten).

Die Mogigraphie wurde an der Kranken im wachenden Zustande studirt, nachdem derselben vorher die Symptome der verschiedenen Formen im somnambulen Zustande suggerirt worden waren. Die spastische Form verschwand beim Beklopfen der Stirngegend an der nach des Verf.'s Annahme einem Hemmungscentrum für die obere Extremität entsprechenden Stelle, aber nur für die Dauer des mechanischen Reizes. Letzterer Reiz verschlimmerte die paralytische Form, während Klopfen in der Gegend des motorischen Centrums der oberen Extremität das Schreiben ermöglichte bis zum Eintreten des Spasmus. Die Zitterform der Mogigraphie wurde beseitigt durch Klopfen in der Gegend des Hemmungscentrums.

Hinter dem Percussionspunkt für die obere Extremität wurde, der Centralfurche entsprechend, ein Punkt gefunden, dessen Percussion Contraction der Bauchmuskeln der entgegengesetzten Seite zur Folge hatte. Ebenso wurde ein Hemmungscentrum für diese Muskeln etwa der Mitte der 2. Stirnwindung entsprechend festgestellt. Unmittelbar vor dem motorischen

Digitized by Google

Zungencentrum liegt das Centrum für die Kieferbewegungen; ein Hemmungscentrum für dieselben im vorderen Theil der 2. Stirnwindung, unterhalb des Hemmungscentrums der Kopfbewegungen; daneben auch ein Hemmungscentrum für die Zungenbewegungen, sowie eines für den unteren Facialis. Motorische Centren für den Oculomotorius, abducens, trochlearis und facialis superior wurden combinirt gefunden an 3 Stellen: 1) in der 3. Stirnwindung, vor und unterhalb des *Broca*'schen Centrums; 2) in der vorderen Centralwindung, hinter und unterhalb des Centrums für die obere Extremität; 3) in der 1. Parietalwindung, oberhalb der Plica curva; ein Hemmungscentrum am inneren Rande des vorderen Abschnitts der 1. Stirnwindung.

Es zeigte sich fernerhin, dass die Percussion auch ersetzt werden konnte durch einen auf die betreffende Stelle ausgeübten Druck oder durch Ziehen an den Haaren daselbst; dasselbe gelang auch bei lediglich durch verbale Suggestion erzeugten Lähmungen im nicht lethargischen Zustande, und stets nur dann, wenn die dem betr. Rindencentrum entsprechende Kopfstelle mechanisch gereizt wurde.

Zur Erklärung des Rolandischen Phänomens schliesst sich Verf., unter Verwerfung der Suggestions- und Reflextheorie, den Ansichten *Silva*'s an, indem er annimmt, dass mittelst der zwischen Schädeldecke und Gehirn bestehenden Gefässanastomosen der auf erstere ausgeübte mechanische Reiz vasomotorisch erregend auf die darunter liegende graue Hirnrinde einwirkt, welche letztere sich beim Hypnotismus im Zustande der hochgradig gesteigerten Erregbarkeit befindet. Diese gesteigerte Erregbarkeit manifestirte sich bei der Kranken in anderen hypnotischen Zuständen (Katalepsie und Somnambulismus) besonders an den peripheren Nervenstämmen; in anderen Zuständen wiederum fehlte sie gänzlich; in einem lethargischen Zustande endlich bestand sie halbseitig, mit Rolandischen Phänomen auf der entgegengesetzten Kopfhälfte.

Verf. hält die Resultate seiner Beobachtungen für maassgebende Beweise der Localisationstheorie und sucht dieselben in sehr weitschweifigen literarischen und historischen Excursen mit den bisherigen Anschauungen auf diesem Gebiete in Einklang zu bringen. *Liebe.*

Dr. *A. Schmitz*, Die Trunksucht, ihre Abwehr und Heilung nebst dem Entwurfe eines Gesetzes betreffend die Bekämpfung des Missbrauchs geistiger Getränke. — Bonn. 1891. 97 S.

In der Gegenwart, welche den Kampf gegen die socialen Gebrechen und vorzugsweise gegen die Trunksucht allseitig eröffnet hat, sind sehr verschiedene Ansichten laut geworden. Dieselben können nicht ohne Einfluss auf die für den Reichstag bestimmte, gesetzliche Vorlage bleiben. Verfasser der vorliegenden Schrift ist nun Leiter einer Heilanstalt gegen die durch Alkohol hervorgerufenen Leiden und vermag deshalb eigene

Digitized by Google

Erfahrungen seiner Arbeit zu Grunde legen, ein besonderer Vorzug bei der jetzt so reichhaltigen Literatur über diesen Gegenstand.

Der erste Theil bespricht die Krankheit selbst, giebt eindringliche Krankengeschichten aus seiner Anstalt, bespricht das Wesen, die Diagnose, Aetiologie, Prognose und Therapie der Krankheit, — denn als solche will er die Trunksucht nur aufgefasst wissen — in klarer Weise, sucht die hauptsächlichste Ursache der Schädlichkeit in der Verunreinigung des Alkohols, giebt den Nachweis der Erblichkeit aus den Kranken seiner Anstalt, hält die Prognose nicht für hoffnungslos, allerdings nur, wenn der Kranke in einer Heilanstalt unter ärztlicher Behandlung behandelt wird, und deckt die Nutzlosigkeit der bisherigen Behandlungsweisen auf.

Der zweite Theil der Schrift beschäftigt sich mit dem Trunksuchtsgesetz für Deutschland. Dem ersten Theil entsprechend hält Verf. ein solches für dringend nöthig. Vor Allem solle durch das Gesetz die Güte und Reinheit des Branntweins gefördert werden, er dürfe nur 1 pCt. Fuselöl enthalten. Die Hauptsache für die anzustrebende Wiederherstellung des Trunksüchtigen bleibt in jedem Falle die Heilanstalt. Die Unterbringung in dieselbe müsste auch zwangsweise geschehen können unter denselben Formen, wie dies bei Psychisch-Kranken geschieht. Ebensowenig wie bei diesen darf die Aufnahme von einer Entmündigung abhängig gemacht werden, wohl aber kann sie wie dort unter Umständen beantragt und unter gleichen Formen ausgeführt werden. Aufnahme nur nach Entmündigung würde den Werth der Trinkerheilanstalten wesentlich beeinträchtigen. Eine Bestrafung der Trunksucht als solcher ist nicht zulässig, da sie eine Krankheit ist.

Wir empfehlen die vorliegende Schrift allen denen, welche in der Sache der Trunksucht sich möglichst zu orientiren wünschen [1]). *L.*

---

[1]) Es sei hierbei auf die soeben erschienene Schrift: „*H. Forel*, Die Errichtung von Trinkerasylen und deren Einfügung in die Gesetzgebung. Bremerhafen, 1892, 59 S." aufmerksam gemacht. Der Verf. kommt aus selbständigen eigenen Erfahrungen zu fast gleichen Resultaten.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Zur Fürsorge für Epileptische und Idioten in der Provinz Sachsen.

Von der den Landarmenverbänden und sonstigen grösseren Communalverbänden in den §§ 31 und 32 des Ausführungsgesetzes zum Reichsgesetze über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 ertheilten Befugniss zur freiwilligen Uebernahme der ausserordentlichen Armenlast, d. h. der öffentlichen Fürsorge für die einer besonderen Pflege bedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden war nicht in allen Provinzen in ausreichendem Umfange Gebrauch gemacht und besonders wenig bisher für die Unterbringung der Epileptischen und Idioten gesorgt worden. Diese Wahrnehmung hatte den Herrn Minister des Innern zu Anfang des Jahres 1890 veranlasst, durch die Herrn Oberpräsidenten auf ein freiwilliges weiteres Eintreten der grösseren Armenverbände für diese Zweige der Armenpflege hinzuwirken in der Weise, dass die Errichtung und Erhaltung grösserer Anstalten den Landarmenverbänden verbleibe, während die Kreise die nach Abzug der allgemeinen Verwaltungskosten der Anstalten sich für den einzelnen Kranken ergebenden Kosten ganz oder zum grösseren Theile zu übernehmen haben.

Da in der Provinz Sachsen für Geisteskranke, Taubstumme und Blinde bereits ausreichend gesorgt ist, so handelt es sich hier nur um die Regelung der Fürsorge für die unvermögenden Epileptischen und Idioten, da nur einem Theile derselben bisher in den aus freier Liebesthätigkeit hervorgegangenen Privatanstalten die Wohlthat der Anstaltspflege zu Theil werden konnte.

Das Resultat einer durch die Königliche Staatsregierung im Sommer 1890 bewirkten Zählung war, dass sich in der Provinz mit Ausschluss des Stadtkreises Magdeburg, wo die Feststellung nicht möglich war, befanden

	bereits in andere Anstalten untergebracht	noch der Anstaltspflege bedürftig	zum Verbleiben in Familienpflege geeignet
1077 Epileptische, davon	185	172	720
1720 Idioten. -	450	348	922
2797 in Summa	635	520	1642.

Digitized by Google

Bei der jetzigen Einwohnerzahl von rund 2½ Millionen ergäbe das nur 0,430 Epileptische und 0,688 Idioten auf 1000 Einwohner. Nach einer anderweitigen Feststellung ist die Zahl der der Anstaltspflege bedürftigen, aber noch unversorgten Epileptischen auf 336, der Idioten derselben Gattung auf 749 angegeben. Dass diese Zahlen nicht zutreffen, sondern hinter der Wirklichkeit — wie dies bei allen statistischen Aufnahmen mehr oder weniger der Fall ist — ganz bedeutend zurückbleiben, ergiebt sich aus anderweitigen Zählungen, nach denen man die Epileptiker auf mindestens 1,5, die Idioten auf mindestens 2 aufs Tausend annehmen muss (s. auch: *Laehr*, die Fürsorge für Epileptische. Deutsche medic. Wochenschrift 1892 No. 7 und *Kurella*, die öffentliche Fürsorge für Idioten. Berliner klin. Wochenschrift 1892 No. 4). Hiernach müssten für die Provinz Sachsen 3750 Epileptische und 5000 Idioten angenommen werden.

Die Provinz Sachsen hatte bisher eine unmittelbare Fürsorge für Idioten und Epileptische nicht ausgeübt, mittelbar jedoch die vorhandenen Bestrebungen auf diesem Gebiete durch Gewährung von Beihülfen für Unterbringung in Wohlthätigkeitsanstalten sowie durch namhafte Zuschüsse an diese Anstalten unterstützt. Hierher gehören die unter Pastor *Kobelt* stehenden Blödenanstalten in Neinstedt am Harz, die Filiale derselben Asyl Kreuzhülfe auf Schloss Detzel bei Neuhaldensleben und die Erziehungsanstalt für schwachsinnige Mädchen zu Hasserode.

Bei aller Anerkennung des von privaten Wohlthätigkeitsanstalten bisher Geleisteten sind diese aber ohne Zweifel nicht im Stande, dem vorhandenen Bedürfniss auch nur entfernt zu genügen; die freie Liebesthätigkeit wird auch weiterhin, sofern sie den Anforderungen der Wissenschaft und der Humanität Genüge leistet, erwünscht, aber das Eintreten der öffentlichen Corporationen nicht zu entbehren sein, wenn befriedigendere und den modernen Anschauungen und Anforderungen unseres Zeitalters entsprechendere Zustände geschaffen werden sollen.

Eine in diesem Sinne von Herrn Landesrath *Vorster* bereits im Jahre 1890 entworfene Denkschrift, der die vorstehenden Mittheilungen grossentheils entnommen sind, kommt ebenso bezüglich der Leitung einer solchen Anstalt zu dem Schlusse, dass „Epileptiker und Idioten als Gehirnkranke ganz analog den Geisteskranken zu beurtheilen, alle ihre psychischen und physischen Aeusserungen als Ausfluss der abnormen Centralorgane, niemals aber einer dämonischen Infection etc. anzusehen und ihre Behandlung deshalb ganz dem individualisirenden Ermessen des Arztes und zwar des Psychiaters anzupassen ist; es könne daher als verantwortlicher Leiter einer solchen neu zu errichtenden Provinzialanstalt nur ein Psychiater in Frage kommen".

Nachdem die weiteren Berathungen in den Schoss einer Commission des Provinzialausschusses gelegt und von dieser auch der Rath des in Sachen der Fürsorge für Epileptiker bestens bewährten Collegen *Wildermuth* eingeholt war, ist inzwischen auch die „Befugniss" des Gesetzes vom

Digitized by Google

8. März 1871 durch das weitere Gesetz über die Ausführung der ausserordentlichen Armenpflege vom 11. Juli 1891 in eine Verpflichtung umgewandelt worden, derart, dass vom 1. April 1893 ab von sämmtlichen Provinzen des preussischen Staates Anstalten bezw. Veranstaltungen zur Unterbringung von Epileptischen und Idioten wie der andern oben erwähnten Kategorien von Hülfsbedürftigen, sofern sie der Anstaltspflege bedürftig sind, ohne Rücksicht auf Heilbarkeit, Gemeingefährlichkeit, Bildungsfähigkeit und Alter geschaffen werden müssen.

Der Landtag der Provinz Sachsen hat nunmehr in seiner Sitzung vom 11. März beschlossen, das 640 Morgen grosse Gut Modderkuhl bei Börgitz im Kreise Gardelegen zum Zwecke der Errichtung einer Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische und Idioten anzukaufen, dasselbe durch Austausch und Zukauf von Grundstücken auf 800 Morgen zu erweitern und die Anstalt zunächst für 500 Plätze zu bauen, aber in allen Centralanlagen von vornherein für eine spätere Erweiterung auf tausend Plätze einzurichten. Mit den Neinstedter Anstalten ist eine Vereinbarung dahin getroffen, denselben 200 Epileptische abzunehmen, die neue Provinzialanstalt zunächst nur mit Epileptischen zu belegen und Neinstedt dafür die Idioten bis zu einer Belegungsstärke von 600 Köpfen zu überlassen. Ausserdem ist darauf gerechnet, der neuen Anstalt aus den beiden Provinzialirrenanstalten Nietleben und Alt-Scherbitz 100 epileptische Geistesgestörte zu überweisen. Da der Name unschön ist, so soll derselbe der Oertlichkeit entsprechend in Uchtspringe (das Flüsschen Uchte entspringt dort) umgetauft werden.

Bewilligt sind: Zum Ankaufe des Gutes 170 000 M., zum Austausch und zur Erwerbung weiteren Terrains behufs Abrundung 30 000 M., zum Bau und der Einrichtung der Anstalt bis zu 500 Köpfen 2 402 000 M., zur Anlegung einer Eisenbahnhaltestelle (Strecke Berlin-Hannover) 32 000 M., zur Erweiterung auf 1000 Köpfe 760 000, insgesammt also 3 Millionen und 394 000 M.

Wünschen wir dieser höchst wohlwollenden Entschliessung der sächsischen Provinzialbehörden eine gedeihliche und segensreiche Entwickelung der neuen Anstalt und anderen Provinzen, dass sie diesem Beispiel folgen mögen. *Paetz.*

Aus der Provinz Brandenburg[1]). — Der brandenburgische Prov.-Landtag hat unter dem 25. Februar beschlossen, um dem Gesetze vom 11. Juli 1891 zu genügen, die vor 6 Jahren, angeregt durch den Provinzial-Ausschuss der inneren Mission der Provinz Brandenburg gegründete, von

[1]) Bei der hohen Bedeutung, welche das neue Gesetz in Preussen für unsere Kranken hat, rechtfertigt sich der Wunsch, es möchten die Kollegen auch aus den übrigen Provinzen Preussens uns mit den Beschlüssen ihrer Prov.-Landtage bekannt machen. *L.*

Digitized by Google

einem Curatorium selbständig verwaltete und seitdem durch Neubauten vergrösserte Anstalt für Epileptische zu erwerben. Sie besteht aus 4 Wohngebäuden mit je 20 erwachsenen arbeitsfähigen Epileptischen, 1 Verwaltungsgebäude mit einer Erziehungsanstalt für epileptische Kinder und einigen Pensionären, 1 Wirthschaftsgebäude innerhalb Parkanlagen und ist neu gebaut. Das Terrain beträgt 96 Morgen. Die Provinz hat nunmehr diese Anstalt übernommen, zahlt dafür 260 000 M. an das Curatorium, welches verpflichtet ist, von dieser Summe jährlich diejenigen Kranken zu unterstützen, welche nicht zu den eigentlich Landarmen gehören. Ausserdem werden die gegenwärtigen Beamten von der Provinz übernommen, und die epileptischen Irren verbleiben wie bisher der Prov.-Irrenanstalt. Zur Erweiterung werden 120 000 M. bewilligt.

Eine kurze Strecke von der Anstalt für die Epileptischen entfernt, an derselben Linie der Saarmunder Chaussee, liegt die Idiotenanstalt „das Wilhelmsstift" mit 120 Idioten, vor 25 Jahren gegründet und seitdem zu einem stattlichen Gebäude erweitert. 22 Morgen Terrain. Die Provinz übernimmt diese durch einen Wohlthätigkeitsverein gegründete und erhaltene Anstalt nebst einem Kapitalbestande von 93 500 M., fügt noch 56 500 M. hinzu, welche Summe dann als Stiftungskapital der Anstalt zu ihren Zwecken verbleibt.

Zwischen beiden Anstalten lag bisher noch ein „Waldrestaurant" von 12,2 M. Terrain, welches nunmehr von der Provinz für 60 000 M. angekauft wurde, sodass beide Anstalten einem ununterbrochenen Terrain gegenüber königlichen Forsten angehören.

Ferner wurden nach einem ausführlichen Vortrage des Landes-Med.-Referenten Dr. *Zinn* die Kosten zu einer hauptsächlich für Sieche bestimmten Anstalt, der fünften in der Provinz Brandenburg mit 1000—1600 Betten und einem Terrain von 400—600 M. bewilligt (Protokoll d. Brand. Prov.-Landtages. 1892. S. 46).

Aus Dalldorf. — In den Etat 1889/90 sind 1000 M. aufgenommen zur Unterstützung für das im Dienst der Anstalt beschädigte oder invalide gewordene Warte- und Dienstpersonal.

Die Bewilligung von Unterstützungen an entlassene, nach längerer Dienstzeit dienstunfähig gewordene, mittellose Krankenwärter der Anstalt auf einige Zeit nach ihrer Entlassung muss als ein unentbehrliches Mittel zur Erlangung eines brauchbaren Stammes von Krankenwärtern erachtet werden. Dasselbe übt einen geistigen Einfluss auf die Haltung dieses so überaus wichtigen Personals aus, dessen Dienst ein mühevoller, verantwortlicher, vielfach sogar gefahrvoller ist. Die besseren Elemente werden durch die Aussicht, im Falle der Arbeitsunfähigkeit nicht ganz ohne Unterstützung zu bleiben, dazu bewogen, ihre Stellung bei der Anstalt sich zu erhalten.

Für das Dienstpersonal sind diese Gesichtspunkte nicht minder zu-

Digitized by Google

treffend. Dieselben sind von den städtischen Behörden dadurch als richtig anerkannt worden, dass wiederholt auf Antrag des Kuratoriums den im Dienste Beschädigten oder invalide gewordenen Anstaltsfunctionären, um sie vor Noth zu schützen, laufende Unterstützungen auf ein oder mehrere Jahre bewilligt worden sind.

Demnach dürfte es angemessen erscheinen, damit nicht jedes einzelnen Falles wegen die städtischen Behörden ferner angegangen zu werden brauchen, wodurch deren Arbeitslast unnöthig vermehrt wird, die Prüfung der etwaigen Unterstützungsanträge dem Kuratorium der städtischen Irrenanstalt zu überlassen und demselben, ähnlich wie dies z. B. hinsichtlich des Krankenhauses Moabit im Specialetat 51 Tit. VIII geschehen, eine gewisse Summe zu derartigen Unterstützungen zur Verfügung zu stellen. *M.*

Die Eröffnung der neuen Irrenheil- und Pflegeanstalt in Tworki bei Warschau.

Schon seit vielen Jahren wurde es von den Verwaltungs- und medicinischen Behörden in Warschau stark empfunden, dass das Irrenwesen durchaus einer eingehenden Reform bedarf. Obgleich das Hospital des heil. Johannes a Deo, für geisteskranke Männer, schon seit dem Jahre 1728 besteht, und die weibliche Abtheilung am allgemeinen Krankenhause des „Kindlein Jesu", unter der Aufsicht der barmherzigen Schwestern des heil. Vincenz a Paulo nur einige Jahre später eröffnet worden war, genügten diese Anstalten den Anforderungen durchaus nicht mehr.

Im Jahre 1857 berieth die damalige Commission der inneren und der geistlichen Angelegenheiten in ihren Sitzungen die Frage, auf welchem Wege den überhand nehmenden Uebelständen abgeholfen werden könne, und fasste den Beschluss, einen jüngeren und begabten Arzt auf längere Zeit in das Ausland zu schicken, damit derselbe sich eingehend mit der Psychiatrie beschäftige, namentlich aber die Behandlung der Irren und die Organisation, Einrichtung und Verwaltung der Irrenanstalten genau studire, um diese Kenntnisse dann an Ort und Stelle zu verwerthen. Die Wahl traf den damaligen Ordinator des Rochus-Hospitals, einen Zögling der Dorpat'schen Universität, den Dr. med. *Romuald Plaskowski*. Der damalige Statthalter bestätigte diese Wahl und *Plaskowski* wurde auf zwei Jahre 1858—1859 ins Ausland geschickt, wo er in Deutschland, Belgien, Holland, Frankreich, der Schweiz und Oesterreich die bekanntesten Anstalten besuchte und dieselben auf das genaueste studirte. Diese wissenschaftliche Reise dauerte vom Februar 1858 bis August 1859. Das Resultat dieser Reise wurde in einem sehr ausführlichen Berichte der obengenannten Commission übergeben.

Im Anfange der 60er Jahre reflectirte man auf einen Platz ausserhalb Warschaus, wo nach den Anweisungen *Plaskowski*'s, der indessen die

Digitized by Google

Stelle eines jüngeren Ordinators am Johannis-Hospital erhalten hatte, zum Neubau geschritten werden sollte. Dieser Platz erwies sich aber als ungünstig, da ganz in der Nähe die Artillerie des Warschauer Militärbezirkes ihre Schiessübungen abhielt. Hierdurch und durch andere Umstände kam die Commission des Innern während mehrerer Jahre zu keinem festen Entschluss.

Im April 1867 wurde ich als Chef-Arzt der Irrenanstalt des heil. Johannes a Deo nach Warschau berufen, mit der Bestimmung an der Reorganisation des Irrenwesens Theil zu nehmen, und nach einigen Monaten wurde mir auch die Leitung der weiblichen Abtheilung des Kindlein Jesu übertragen, so dass de facto die ganze ärztliche Leituug der beiden bis dato getrennten Irrenanstalten in meinen Händen ruhete. Im Sommer des Jahres 1868 wurde ich und der Architect Turnell von der Regierung in das Ausland geschickt, Turnell auf zwei, ich auf vier Monate, um die neuesten Irrenanstalten und ihre Einrichtungen an Ort und Stelle zu studiren.

Nach meiner Rückkehr übergab ich der Regierung meinen Reisebericht und den Entwurf zu dem Plane einer neuen Anstalt für 400 Kranke, welchen ich gemeinschaftlich mit Turnell entworfen hatte. Dieser Entwurf wurde von den Behörden in Warschau günstig aufgenommen und wir erhielten den weiteren Auftrag, diesen Plan in seinen Einzelheiten auszuarbeiten, wie auch den Kostenanschlag des Baues hinzuzufügen. Diese Arbeit wurde während des Jahres 1869 ausgeführt und dem damaligen Statthalter Grafen Berg vorgelegt, derselbe ernannte ein besonderes Comité zur genauen Prüfung und Durchsicht des Planes. Nachdem dies geschehen, wurden sie abermals dem Statthalter Grafen Berg vorgelegt, eingehend erläutert, erklärt und genehmigt um zur definitiven Bestätigung nach Petersburg geschickt zu werden.

Der Plan der neuen Anstalt war im Pavillon-System entworfen, die einzelnen Pavillons untereinander und mit dem Administrationsgebäude verbunden. Im Grossen und Ganzen näherte sich unser Plan der Anstalt zu Neustadt-Eberswalde (Provinz Brandenburg), in den Details jedoch wich derselbe bedeutend ab. Der Kostenanschlag betrug fast eine Million Rubel.

In Petersburg fand der Plan keinen Anklang und wurde verworfen und mit der Bemerkung zurückgeschickt, die Kosten des Baues seien zu hoch. Diese Antwort aus Petersburg kam erst nach langer Zeit, wenn ich nicht irre im Jahre 1874.

Ich erhielt den Auftrag, neue Pläne zu entwerfen, und da Turnell indessen gestorben war, wurde der Gouvernements-Architect Romanowitsch beordert, gemeinschaftlich mit mir den neuen Plan auszuarbeiten. Nach vielseitiger Berathung und Besprechung entschloss ich mich, von dem Pavillon-System abzugehen und das Cottage-System zu wählen.

Da im Jahre 1875 die Versammlung der deutschen Naturforscher und Aerzte mit der psychiatrischen Section in Graz tagte, entschloss ich mich, mit Genehmigung der Behörde, mein Project des Neubaues der Section

Digitized by Google

für Psychiatrie zur Begutachtung vorzulegen. Das Project fand warme Anerkennung und Vertreter (siehe psychiatrisches Centralblatt No. 8 u. 9 November 1875).

Hierauf erst ging ich an die detaillirte Ausarbeitung des Planes mit Berücksichtigung der Bemerkungen, welche von den Mitgliedern der psychiatrischen Section in Graz gemacht worden waren, und konnte ich den Plan im folgenden Jahre der Commission in Warschau vorlegen. Der Plan wurde angenommen und für gut befunden, um so viel mehr da der Kostenanschlag, trotzdem das Baumaterial um fast 30 pCt. theurer geworden war, nur wenig die Summe von 700,000 Rubel überstieg.

Leider aber fiel auch dieser Plan in Petersburg abermals durch. Hierauf nahm Petersburg die Bauangelegenheit in seine Hände und schickte eine Commission, bestehend aus dem ehemaligen Professor der Psychiatrie in Petersburg Dr. *Balinski* und den Professor der Architectur Strom nach Warschau, um einen entsprechenden Bauplatz zu wählen, die localen Bedürfnisse zu prüfen und den Bauplatz auszuarbeiten.

Dies Alles nahm wieder eine recht bedeutende Zeit in Anspruch, und endlich wurde im Jahre 1887 der von Prof. *Balinski* und Strom entworfene Plan, welcher die Allerhöchste Genehmigung erhalten hatte, nach Warschau geschickt, um de facto ausgeführt zu werden.

Das Grundstück, auf welchem die neue Anstalt errichtet worden, ist eine Parzelle des Landgutes Tworki, dasselbe liegt in einer Entfernung von 2½ Werst (Kilometer) von der ersten Station Pruskow (16 Werst von Warschau) an der Warschau-Wiener Eisenbahn. Das Grundstück hat einen Umfang von annähernd 37½ russischen Desjatinen oder 75 polnischen = 150 preussischen Morgen.

Das Baucomité unter der Leitung des Geheimrathes W. Wilujew begann zu Anfang des Jahres 1888 seine Thätigkeit und führte diese Angelegenheit mit solchem Eifer, dass schon am 5./17. Juli 1888 der Grundstein gelegt wurde und am 15./27. November 1891 die neu errichtete Anstalt eingeweiht werden konnte.

An der Einweihung betheiligten sich: Sr. Hohe Excellenz der Warschauer General-Gouverneur General-Adjutant I. W. Gurko, der Warschauer Gouverneur General-Lieutenant Baron N. N. Medem, der Präsident und Oberpolizeimeister der Stadt Warschau, die Mitglieder der Baucommission mit ihrem Vorsitzenden dem Geheimrath W. W. Wilujew; die Mitglieder des Warschauer Comité's der allgemeinen Fürsorge, mit ihrem jetzigen Vorsitzenden Excellenz Warjaksin, und dem gewesenen Puchalski; des Medicinal-Inspector der Warschauer Civil-Hospitäler Prof. *Czausow*; das Beamtenpersonal der neuen Anstalt und mehrere geladene Personen, Aerzte und Beamte. Die Einweihungsrede hielt Prof. *Czausow*, worauf Sr. Hohe Excellenz General-Gouverneur Gurko mit wenigen aber herzlichen Worten antwortete.

Die „Warschauer Heilanstalt für Geisteskranke", dies ist die officielle

Digitized by Google

Benennung, besteht eigentlich aus zwei Theilen, der eigentlichen Heilanstalt mit 316, und die getrennte sogenannte Ferm, Colonie, mit 104 Plätzen für unheilbare, in Summa also für 420 Irre.

Die Anstalt ist für Frauen und Männer in gleicher Zahl à 210 bestimmt.

Zwischen der Heil- und Pflegeanstalt liegt ein Tannen-Wäldchen, welches im Sommer auch von den Kranken benutzt werden kann, dasselbe hat die Grösse von annähernd 2½ polnischen oder 5 preussischen Morgen.

Die Heilanstalt ist im Pavillon-System erbaut, die einzelnen Gebäude sind aber nicht mit einander verbunden, zwischen ihnen befinden sich die Räume für die anzulegenden Gärten, die mit Zäunen umgeben sind.

Die Gebäude der Heilanstalt bilden ein grosses, vor dem Wäldchen liegendes Rechteck, in dessen kürzerer Mittellinie sich die Administrationsgebäude befinden, bestehend: 1) aus dem eigentlichen Verwaltungsgebäude, Parterre und 2. Stock; Parterre befinden sich die ärztliche und Verwaltungs-Canzeleien, und rechts und links eine kleine Abtheilung für neuaufgenommene Kranke beiderlei Geschlechts à 10 Personen. Erster Stock Wohnung des Directors und der barmherzigen Schwestern (diese haben die Aufsicht über die Küche, das Waschhaus und die Stellen der Oberaufseherinnen bei den weiblichen Kranken). Zweiter Stock für die Verwaltungsbeamten. Die Aerzte wohnen in den verschiedenen Gebäuden der Kranken.

Hinter diesem Gebäude in nicht allzugrosser Entfernung liegt 2) die Küche und das Waschhaus, wie auch der Maschinenraum mit einer besonderen Abtheilung für die zur elektrischen Beleuchtung dienenden Apparate und Maschinen. Zur Beleuchtung der ganzen Anstalt und der Höfe dienen ungefähr 600 elektrische Lampen. Küche und Waschhaus werden mit Dampf betrieben; die ganze Einrichtung macht den Eindruck einer sehr präcisen und wurden die neuesten und besten Erfindungen hier benutzt und angewendet. Den eigentlichen Werth dieser Einrichtung werden wir jedoch erst dann beurtheilen können, wenn die Anstalt vollkommen belegt, und alle mechanische Vorrichtungen im Betriebe sein werden, um so viel mehr, da die Elektricität hier nicht nur zur Beleuchtung, sondern auch zur Ventilation der Krankenabtheilungen verwerthet wird.

Ein hoher Wasserthurm mit einem bedeutenden Reservoir versorgt die einzelnen Gebäude mit dem nöthigen Wasser, welches mittelst Dampfkraft aus einem am Anstalts-Territorium vorbeifliessenden Flüsschen, der Utiata, entnommen wird. Ehe das Wasser in das Reservoir gelangt, unterliegt es der Reinigung und Filtration.

Hinter diesem Gebäude, etwas nach links, liegt: 3) das Leichenhaus mit dem Sectionszimmer und einer kleinen katholischen Kirche (Kapelle). Die erstgenannten Räume lassen viel zu wünschen übrig.

Rechts von den Administrationsgebäuden liegt die männliche, links die weibliche Abtheilung, dieselben sind ganz gleich, jede besteht aus drei Gebäuden, Parterre und erstem Stock.

Digitized by Google

Zunächst liegt das Gebäude für 100 Kranke der allgemeinen Abtheilung (unentgeltlich); dasselbe ist eine vollständige Anstalt, mit allen Unterabtheilungen, selbst die für tobende und unreinliche nicht ausgeschlossen, mit Badeeinrichtungen, Theeküche, Closets, Tag- und Nachträumen etc. und der Wohnung eines Arztes.

Diesem Gebäude zunächst liegt das für 10 Pensionäre I. Cl. ebenfalls mit allen Einrichtungen und der Wohnung eines Arztes. Parterre und ein Stock.

Etwas weiter von diesem das Gebäude für 40 Pensionäre II. Cl. mit allem Zubehör. Wohnung für einen Arzt.

Jedes dieser Gebäude soll mit der Zeit von einem Garten umgeben werden, der hierzu bestimmte Raum ist mit einem Zaun umgeben: die einzelnen Gärten stossen an einander. Bis jetzt, wo von den Gärten noch nichts zu sehen ist, machen diese Aussenräume keinen angenehmen Eindruck.

Die Heizung geschieht grösstentheils mittelst Kachelöfen, Feuerung vom Corridor, Schlüsselverschluss. In den Abtheilungen für Tobende, Unreine und Bettlägerige Central-Luftheizung. Beleuchtung, wie schon erwähnt, elektrische. Ventilation vermittelst elektrischer Vorrichtungen.

Der Fussboden, schmale Dielen, eine Art Parquetts, mit Ausnahme der Corridore (die etwas schmal ausgefallen sind), der Bade- und Waschzimmer wie auch der Thee- und Spülküchen und der Closeträume; hier ist der Fussboden von Asphalt, was auch keinen angenehmen Eindruck macht, da derselbe stets schmutzig aussehen wird.

In den Abtheilungen für Tobende, Unruhige, Neuaufgenommene und gerichtlich zu Untersuchende, eiserne Fensterrahmen, mit kleinen Fenstern, Fensterverschluss. Dornschlüssel, oberes Drittel der Fenster zum umklappen nach innen. Thüren, ein- und zweiflügelige, mit dem gewöhnlichen Dornschlüssel zu öffnen und umgekehrter Muschel als Handhabe. Thürklinken ganz vermieden.

Bade- und Wascheinrichtungen bieten nichts Bemerkenswerthes.

Aborte überall Water-Closets, dieselben sind in sehr reichlicher Zahl vorhanden, denn ausser den Abtheilungs-Aborten haben nicht nur die Zimmer der Tobabtheilung, sondern auch sonst noch Einzelzimmer ihre besonderen Closets.

Mir fiel es bei meinem ersten Besuche, während der Einweihung, ganz besonders auf, dass weder eine horizontale noch verticale Eintheilung in den einzelnen Gebäuden durchgeführt ist, sowohl im Parterre, wie erstem Stock befinden sich Schlaf- und Tageräume. Ausserdem vermisste ich auch einen grösseren Saal für besondere gesellschaftliche Zusammenkünfte; in der ganzen Anstalt ist kein einziger wirklich grosser Raum. Die grössten Räume sind fast nur normale dreifenstrige Zimmer.

Die Treppen sind nicht zu breit, zwischen Mauern, aus Sandstein.

Die Ferm, Colonie Pflegeanstalt, ist durch oben genanntes Wäldchen von der Heilanstalt getrennt, und besteht aus einem Gebäude für Männer

Digitized by Google

und einem für Frauen, in Summa für 104 Unheilbare; das dritte Gebäude hat im Parterre verschiedene Werkstätten und im ersten Stock zwei Wohnungen für Aerzte. Diese Gebäude sind einfacher und ohne besondere Vorrichtungen und gleichen gewöhnlichen einfachen Wohnhäusern.

In der Nähe befinden sich die verschiedenen Wirthschaftsgebäude und Stallungen.

Die Anstalt hat ihre eigene Apotheke.

Zum Schluss erlaube ich mir die Hauptparagraphen der am 14./26. Juni 1891 Allerhöchst bestätigten Statuten der Anstalt mitzutheilen.

1. „Die Warschauer Heilanstalt für Geisteskranke" mit der dazugehörenden Colonie ist bestimmt: a) zur ärztlichen Behandlung Geisteskranker, deren Zustand Hoffnung völliger Genesung gestattet; b) zur Verpflegung unheilbarer, c) zur Untersuchung solcher Personen, auf Verlangen von Staatsbehörden, deren Geisteszustand zweifelhaft erscheint; d) zur Verpflegung solcher Personen, die laut gerichtlicher Verfügung auf Grund der Artikel 95 u. 96 des Strafverfahrens (verbrecherische Geisteskranke) der Anstalt überwiesen werden.

2. In der Anstalt werden nur Einwohner des Königreichs Polen aufgenommen. Im Falle überzähliger, vacanter Plätze können auch Kranke aus dem Reiche aufgenommen werden, wenn sie die Verpflegungskosten entrichten.

3. Die Warschauer Heilanstalt für geisteskranke Männer und Frauen ist für 420 Personen bestimmt, von dieser Zahl sind 104 Plätze für unheilbare, arbeitsfähige Kranke, denen eine grössere Freiheit gestattet werden kann, zu reserviren.

4. Die Plätze in der Anstalt sind bestimmt für Personen, die unentgeltlich aufgenommen werden und solche, die für ihren Aufenthalt zahlen (Pensionäre). Für erstere sind 320, für letztere 100 Plätze bestimmt. Die Pensionäre zerfallen in Pensionäre I. Cl. 20 Plätze und II. Cl. 80.

5. Die Zahlung der Pensionäre besteht aus zwei Theilen: a) der Grundzahlung bestehend aus der Durchschnittssumme, welche der Kranke der Anstalt selbst kostet, und b) einer besonderen Mehrzahlung.

Anmerkung. Personen geistlichen Standes und unbemittelte Beamte und deren Familienmitglieder zahlen als Pensionäre II. Cl. die Mehrzahlung nicht.

6. Die Mehrzahlung im Pensionat wird durch den Minister des Innern laut Vorschlag des Warschauer Comités der allgemeinen Fürsorge bestimmt.

7. Die Grundzahlung (§ 5) im Pensionat wird zu der Abgabe hinzugezählt, welche laut Allerhöchster Bestätigung vom 14./26. April 1890 auf Grund Beschluss des Staatsrathes erhoben wird, um die Wohlthätigkeits-Anstalten des Warschauer Comités der allgemeinen Fürsorge zu erhalten. Die Mehrzahlung wird zu den Specialfonds der Anstalt gerech

8. Die Besetzung der unentgeltlichen Plätze mit K-

Digitized by Google

verschiedenen Gouvernements geschieht durch das Warschauer Comité der allgemeinen Fürsorge und durch Bestätigung des General-Gouverneurs.

9. Die Anstalt gehört in das Ressort des Ministeriums des Innern, steht aber unter der Oberaufsicht und Fürsorge des General-Gouverneurs. Die unmittelbare Aufsicht aber liegt dem Comité der allgemeinen Fürsorge ob, auf Grund einer Allerhöchsten Bestimmung vom 19. Juni/1. Juli 1870.

10. Das Comité der allgemeinen Fürsorge bestimmt für die Anstalt einen besonderen Curator.

11. Die unmittelbare Leitung der Anstalt wird dem Oberarzt, welcher den Titel Director führt, anvertraut. Der Director wird von dem General-Gouverneur vorgeschlagen und von dem Minister des Innern bestätigt. Die Ordinatoren werden durch den Minister des Innern auf Vorschlag des Warschauer Gouverneurs in Folge der Befürwortung des Directors und nach vorher erfolgter Zustimmung des Chefs des Comités der allgemeinen Fürsorge und des Medicinal-Inspectors der Warschauer Civilhospitäler ernannt und bestätigt.

Die übrigen Paragraphen des Statuts, deren Zahl 32 beträgt, glaube ich übergehen zu dürfen.

Die Anstalt zählt ausser den Administrativ-Beamten

1	Director		2000	Rubel	Gehalt	2000	Tischgelder	= 4000
3	ältere Ordinatoren	à	1200	-	-	600	-	= 5400
4	jüngere Ordinatoren	à	1000	-	-	500	-	= 6000
1	Apotheker		528	-	-			= 528
4	männliche Feldscheerer	à	300	-	-			= 1200
3	weibl. Feldscheererinnen	à	240	-	-			= 720
1	- Oberaufseherin		480	-	-			= 480
4	- Aufseherinnen	à	360	-	-			= 1440
5	männliche Oberaufseher	à	420	-	-			= 2100.

Alle Bedienstete wohnen in der Anstalt; Apotheker, Oberaufseher und Oberaufseherinnen, Feldscheerer, männliche und weibliche, erhalten die Beköstigung von der Anstalt.

Der ganze Unterhalt der Anstalt ist pro Jahr mit 116,288 Rubel veranschlagt.

Die Baukosten der Anstalt können jetzt noch nicht genau angegeben werden, da die Rechnungen noch nicht geschlossen sind, dieselben werden aber jedenfalls nicht weniger als 800,000 Rubel betragen. *A. v. Rothe.*

Aus Hannover. — Eine Schule für schwachbegabte Kinder. — Eine solche ist jetzt mit mehreren Klassen in der Stadt Hannover errichtet worden, wie schon vor zwei Jahren in Aachen, wo sie sich ausgezeichnet bewähren soll, daher eine wesentliche Besserung im Schulwesen bedeuten würde.

Digitized by Google

Aus Basel. — Prof. Dr. *Ignaz Hoppe* hat „zur Erforschung der Seele" eine halbe Million testirt. In seinem Hause sollen einige Forscher über das Wesen der Seele nachdenken und die Ergebnisse ihrer Studien veröffentlichen. Im Eichsfelde 1811 geboren, studirte *Hoppe* in Berlin Medicin und Philosophie, war lange Militärarzt, Privatdocent in Bonn, 1852 Prof. der allgemeinen Therapie und Pharmacologie in Basel. Er hat ungemein viel über die verschiedensten Gegenstände der Medicin und Philosophie geschrieben. Noch in den letzten Lebensjahren brachte er Wochen in einer Irrenanstalt zu, um eines seiner Lieblingsthemata, die Hallucinationen, näher zu ergründen.

Nekrolog *Spamer*. — Einer der eifrigsten und gewissenhaftesten Arbeiter auf dem Gebiete der Psychiatrie ist vor der Zeit und ohne das Ziel erreicht zu haben, welches er sich gestellt hatte, von seinem Arbeitsfelde durch den Tod abgerufen worden. Ihm werden diejenigen, welche ihn aus seinen wissenschaftlichen Arbeiten kennen, sowie diejenigen, welche ihm näher standen und seinen äusseren Lebensweg verfolgten, ein warmes Andenken bewahren.

Karl Spamer wurde den 4. Nov. 1842 zu Giessen als Sohn eines Verwaltungsbeamten geboren und verlebte den grössten Theil seiner Jugendjahre zu Wimpfen am Neckar, wohin der Vater als erster Verwaltungsbeamter des Bezirkes versetzt worden war. Seine Gymnasialbildung erhielt *Spamer* auf dem Gymnasium zu Darmstadt. Es ist aus diesen Lehrjahren nur bekannt, dass *Sp.* ein fleissiger, gewissenhafter Schüler war, der über das normale Maass der Schulkenntnisse hinausstrebte und sich auch in nicht obligatorischen Fächern gute Kenntnisse erwarb.

Im Herbste 1860 bezog *Karl Sp.* die Universität Giessen, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Er entzog sich nicht dem studentischen Corps-Leben, dem er sich in maassvoller Weise hingab, die ihn in allen Lebenslagen auszeichnete. Während der Universitätsjahre erwarb er sich einen grossen Freundeskreis, mit welchem er bis zum Lebensende in intimen Beziehungen blieb. In das Jahr 1866 fiel das Ende der Studienzeit und der Eintritt in die Armee als Militärarzt. Nach dem Ende des damaligen Krieges trat *Sp.* als Hülfsarzt in die Hessische Irrenanstalt Hofheim ein, bis der französisch-deutsche Krieg von 1870—71 ihn wieder zu den Fahnen rief. Nach Schluss des Krieges sehen wir *Sp.* auf den Universitäten Berlin und Wien sich Specialstudien in Neurologie und Laryngologie widmen. Es folgte eine kurze Thätigkeit als praktischer Arzt auf dem Lande, hierauf eine Reisezeit in der Eigenschaft als Schiffsarzt, die den Ruhelosen fremde Welttheile kennen lehrte. Zurückgekehrt, habilitirte sich *Sp.* in Giessen als Privatdocent und fasste Psychiatrie und Laryngologie hierbei besonders ins Auge. Aus dieser Zeit der akademischen Lehrthätigkeit stammt eine Anzahl wissenschaftlicher Arbeiten. Leider gelang es dem eifrigen Docenten, in Folge ungünstiger persönlicher Verhältnisse,

Digitized by Google

nicht, sich eine dauernde Stellung in dem Lehrkörper der Universität zu erwerben. Er trat gegen das Ende der 1870er Jahre in den Sanitätsdienst des Grossherzogthums Hessen ein und übernahm in rascher Beförderung die Kreisarztstellen zu Lauterbach, Bingen und zuletzt zu Darmstadt, wo wir ihn seit 1888 zu einer angesehenen und lohnenden Wirksamkeit als Kreisarzt und Medicinalrath gelangt sehen.

Nach vielbewegten und nicht selten von unerfreulichen Verhältnissen getrübten Lebensjahren in den Hafen der Ruhe eingelaufen, ereilte *Spamer* am 18. Mai 1891, nach nur zwölftägigem Krankenlager, ein plötzlicher Tod. Er hinterliess eine Wittwe und ein einziges Kind, einen Sohn, im Alter von 10 Jahren.

Ueber die Todesursache ist Folgendes zu sagen: Bereits seit einer Reihe von Jahren, und zum ersten Male nach der Rückkehr aus den Tropen, wurde *Spamer* von, ihrem Wesen nach nicht klar zu stellenden, Fieberanfällen in längeren Intervallen heimgesucht. Er bot dann das Bild eines schwer Erkrankten, mit Zerfall der Kräfte und langsamer Reconvalescenz. Man legte diesen Zuständen die Bezeichnung „rheumatisches Fieber" bei. Am 6. Mai ergriff *Spamer* ein ähnlicher Anfall. Der dieses Mal zugezogene College diagnosticirte bei seinem ersten Besuche eine schwere Infectionskrankheit mit leichter Leber- und Milzschwellung. Bald gesellten sich leichter Icterus, Albuminurie, ohne Beimengung von Blut und Fibrincylindern, sowie eine embolische Pneumonie der rechten Lunge hinzu, die, an einer Stelle verschwindend, auf andere Lungenpartien übersprang. Schon am dritten Tage trübte sich das Bewusstsein, nachdem der Kranke in richtiger Erkenntniss seiner Lage noch zuvor eingehende letztwillige Verfügungen getroffen hatte, die von seltenem Gleichmuthe gegenüber dem Tode zeugten. Auch in den lichteren Momenten der letzten Tage verliess den Patienten niemals ein philosophischer Humor. Mit Heiterkeit sah er dem Ende entgegen, nur um die Zukunft der Seinigen bisweilen besorgt.

Die behandelnden Aerzte nahmen als Todesursache Eiter-Resorption aus chronisch verlaufenden unscheinbaren Leber-Abscessen an. Eine Autopsie wurde nicht gestattet, was, im Hinblick auf das immerhin ungewöhnliche Krankheitsbild, sehr zu bedauern ist.

Das unerwartete Hinscheiden *Spamer*'s rief grosse Theilnahme in seinem ausgebreiteten Bekanntenkreise hervor, welche dann auch bei den Bestattungsfeierlichkeiten auf dem Friedhofe in Darmstadt umfassenden Ausdruck fand.

Weniger klar wie der vorstehend skizzirte äussere Lebensgang liegt die geistige Entwickelung, der Charakter und die Anschauungsweise des Verewigten vor uns. Indessen enthält dessen Werk „Physiologie der Seele" (Stuttgart bei Enke 1877) besonders auf den Schlussseiten eine Art von Bekenntniss in philosophischer und religiöser Richtung. Es ist der Standpunkt des modernen Naturforschers, der hier zum Ausdrucke kommt, nicht ohne Beimischung von einer Färbung von Idealismus und Resignation.

Digitized by Google

Alle, welche Gelegenheit hatten, dem Heimgeschiedenen im Leben näher zu treten, stimmen darin überein, dass diesen charakterisirten: Eminente Pflichttreue, Wahrheitsliebe, Rechtlichkeit und Uneigennützigkeit, verbunden mit Fleiss, Genügsamkeit, Ueberzeugungstreue und Anhänglichkeit an Freunde, besonders an solche, welchen er glaubte Dank zu schulden. Dabei war *Spamer* leidenschaftlichster Erregung gegen Solche fähig, bei welchen er jene von ihm so hoch gehaltenen Eigenschaften zu vermissen glaubte. Offenbar gründet sich hierauf der bisweilen vernommene gegen *Sp.* gerichtete Vorwurf der Schroffheit, des allzu grossen Selbstgefühles, des Idealismus. Auch der Mangel an Schweigsamkeit, eine bisweilen hervortretende und durch Erlebnisse erzeugte Bitterkeit mögen ihm manchmal Tadel zugezogen und den Lebenspfad erschwert haben. Gemüthserregungen erfassten den Dahingeschiedenen tief und nachhaltig, sein Temperament war das sog. phlegmatisch-cholerische. Entsprechend war auch das Zeitmaass der Vorstellungen kein rasches, überstürztes und sprungweises. Dagegen waren diese meist ausgereift, klar und selbständig. Bei Erfüllung übernommener Pflichten setzte er überall sein bestes Wollen und Können ein, daher ihm überall das grösste Vertrauen von Seiten Solcher, die ihn kannten, entgegengebracht wurde. Zu bedauern bleibt, dass, diese Eigenschaften in befriedigender Stellung zu bethätigen, lange Jahre hindurch *Spamer* keine Gelegenheit geboten war.

Entbehrungen trug er mit Gleichmuth, Enttäuschungen nicht ohne Bitterkeit. Es blieb seine Lieblingssentenz: „Victrix causa diis placuit, sed victa Catoni".

Die dichterischen Leistungen *Sp.*'s sind nicht veröffentlicht worden, sie blieben bis jetzt in den Händen der Hinterbliebenen. Von wissenschaftlichen Arbeiten mögen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, die folgenden genannt werden: „Ein leicht transportabeler Inductionsapparat, Berl. klin. Wochenschr. No 13, 1876". „Eine galvanische Batterie neuer Construction, Berl. klin. Wochenschr. No. 41, 1877". — Diesen Veröffentlichungen lagen Erfindungen von Apparaten zu Grunde, welche *Spamer*'s Namen auf dem Gebiete der Elektrotherapie zu einem sehr bekannten machten, vielleicht verewigen werden, jedoch ohne jeden sonstigen Lohn dem Erfinder abzuwerfen. — „Physiologie der Seele, Stuttgart 1877". „Experimenteller und kritischer Beitrag zur Physiologie der halbkreisförmigen Canäle, *Pflüger*'s Archiv, 1878". „Noch einige Worte zur Frage der Function der halbkreisförmigen Canäle des Ohres. Ibidem 1881". „Ist allen psychisch Kranken der dauernde Anstaltsaufenthalt vortheilhaft? Arch. f. Psych. VIII, 454". „Ueber Einzelempfindung der Lust- und Unlustgefühle, Ibidem VII, 160". „Berichte über Psychologie in der allg. Zeitschr. f. Psych., 1880—85". Es folgten sodann Arbeiten über die Kuhpockenimpfung, über Milzbrand, ferner zahlreiche Referate und populärwissenschaftliche Aufsätze in Zeitschriften. *Vi*

Digitized by Google

Einladung zur 9. Conferenz für das Idiotenwesen

in Berlin am 13.—16. September 1892. Themata bei dem Vorsitzenden, Dir. Dr. *Sengelmann*, Alsterdorf bei Hamburg, anzumelden.

Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte

zu Nürnberg vom 11. September 1892. Die Section für Neurologie und Psychiatrie wird Dr. *Schuh*, Oberarzt des Sebastianspitals, einführen und Dr. *O. Stein*, Nervenarzt, für sie Schriftführer sein.

Druckfehler.

p. 433 Zeile 24 von oben statt „welche ich nach einem eigenen Bericht für geisteskrank im Sinne des § 51 attestirte" muss es heissen: „welche ich nach den vorliegenden Berichten für geisteskrank erklärte" und
- - Zeile 19 statt „die der Arzt nicht über Zurechnungsfähigkeit haben soll" „dass der Arzt nicht über Zurechnungsfähigkeit urtheilen soll".

Personal-Nachrichten.

Dr. *Frz. Moeli*, Privatdocent und dir. Arzt der städt. Irren- und Siechenanstalt zu Dalldorf ist zum Prof. extr. an der Universität Berlin, zum Hülfsarbeiter der Wissenschaftl. Dep. für die Med. Angelegenheiten und zum Director der neuerbauten städt. Irrenanstalt Herzberge bei Lichtenberg,

Dr. *E. E. Moravcsik*, Privatdoc., ist zum Prof. extr. an der Budapester Universitätsklinik,

Dr. *Rank*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Nietleben b. Halle zum Director der neueingerichteten Irrenpflegeanst. Weissenau, Württemberg,

Dr. *Fr. Jolly*, Prof. u. Dir. der psych. Klinik an der Univ. Berlin zum Geh. Med.-Rath,

Dr. *H. Gerlach*, Dir. der Prov.-Irrenanst. Marienthal zu Münster u. Med.-Ass. des Med. Collegs daselbst zum Medicinalrath ernannt worden,

Dr. *F. Ast*, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt Schussenried, Württemberg, hat aus Gesundheitsrücksichten sein Amt niedergelegt und hat den Charakter als Med.-Rath.

Dr. *Ed. Werle*, Med.-Rath u. Dir. der Irrenanst. zu Hofheim, hat das Ritterkreuz 1. Cl. des Verdienstordens Philipps des Grossmüthigen erhalten,

Dr. *H. Fontheim*, Begründer und Dir. der Privatanst. zu Liebenburg b. Goslar ist, 45 Jahre alt,

Dr. *G. Lehr*, Dir. der Kuranst. „Bad Nerothal" bei Wiesbaden,

Digitized by Google

Dr. *Waldemar Steenberg*, Prof. u. seit 1863 Dir. des St. Hans-Hospitals bei Kopenhagen, früher Assist. an der Kuranst. bei Schleswig, 63 Jahre alt, am 7. Febr. 1892,

Dr. *Theodor Meynert*, Prof. an der Univ. Wien u. Dir. der 1. psychiatr. Klinik daselbst, 59 Jahre alt, am 31. Mai 1892,

Dr. *Herm. Louis Langwagen*, Med.-Rath und Dir. der Heil- und Pflegeanst. zu Colditz am 9. Juni plötzlich an Herzlähmung,

Dr. *Ludw. Snell*, Geh. San.-Rath und Dir. der Prov.-Heil- und Pflegeanst. am 12. Juni 1892 nach langer Krankheit gestorben.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction.

Dr. Hub. Grashey, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Kreisirrenanst. zu München.
Dr. R. Freiherr von Krafft-Ebing, Professor der Psychiatrie u. Director der psychiatrischen Klinik an der Universität Wien.
Dr. K. Pelman, Geh. M.-R., Prof. d. Psych. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Bonn.
Dr. F. Schuchardt, Med.-Rath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanst. Sachsenberg bei Schwerin (Meckl.).
Dr. H. Schüle, Geh. Hofrath u. Dir. d. Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.
Dr. H. Laehr, Geh. San.-Rath u. Prof. zu Berlin-Zehlendorf.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. A. H. Alter, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Leubus (Schles.).
- - van Andel, Generalinspector der Niederländischen Irren u. Irrenanstalten in Leiden (Holland).
- R. Arndt, Prof. d. Psych. u. Dir. d. psych. Klinik zu Greifswald.
- - L. Ascher, Assist.-Arzt an d. städt. Irrenanstalt zu Dalldorf.
- - F. Ast, Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. b. Schussenried (Württemberg).
- - Bartels, dir. Arzt der Priv.-Heilanst. zu Kaiserswerth a. Rh.
- - O. Berkhan, San.-Rath in Braunschweig.
- - L. Besser, fr. Dir. d. Privat-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - O. Binswanger, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu Jena.
- - S. Doedes Breuning, Dir. u. Chefarzt der Heil- u. Plegeanstalt Medemblick in Holland.
- - M. Brosius, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.
- - A. Brückner, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Kreutzburg (Schlesien).
- - L. Bruns, Arzt für Nervenkranke zu Hannover.
- - A. Bumm, Prof. d. Psych. u. Dir. d. Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen.
- - G. Burckhardt, Dir. d. Irrenanstalt Préfargier (Schweiz).
- - A. Christoph in Wiesbaden.
- - O. Claus, Med.-Rath u. em. Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt Sachsenberg, zu Weissenfels.

Digitized by Google

Herr Dr. H. Cramer, Geh. Med.-R., Prof. d. Psych. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Marburg.
- - A. Cramer, Oberarzt an der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde.
- - O. Dees, 1. Assist. a. d. Kreis-Irrenanst. zu Gabersee (Oberbayern).
- - M. Delbrück, Geh. San.-Rath zu Halle.
- - Max Dessoir in Berlin.
- - K. Dietz, Assistent der Heil- u. Pflegeanst. Illenau.
- - K. Dittmar, Dir. der Reichs-Irrenanstalt zu Saargemünd (Lothr.).
- - O. Domrich, Geh.-Rath und Leibarzt zu Meiningen.
- - O. Dornblüth, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Bunzlau.
- - L. Edinger zu Frankfurt a. M.
- - Fr. Eickholt, Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg (Rheinprov.).
- - H. Emminghaus, Prof. a. d. Universität zu Freiburg i. B.
- - H. Engelken, Dir. der Privat-Irrenanst. Rockwinkel (Bremen).
- - Erhardt, Prof. der gerichtl. Medicin zu Kiew.
- - O. Eyselein, Dir. e. Nerven-Heilanst. zu Blankenburg i. H.
- - A. Faaser, Stadtarzt zu Stuttgart.
- - M. Finkelnburg, Geh. Reg.-Rath u. Prof. in Godesberg b. Bonn.
- - J. Fischel, Prof. u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Prag.
- - Fr. Fischer, Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt zu Pforzheim (Baden).
- - A. Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - M. Fränkel, San.-Rath u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg, in Dessau.
- - C. Frank, Ass.-Arzt an der Prov.-Irrenanst. zu Düren.
- - K. Fröhlich, Ober-Stabsarzt in Metz.
- - K. Fürstner, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik a. d. Univers. Strassburg.
- - Gauster, Reg.-R. u. Dir. der n.-ö. Landesirrenanst. zu Wien.
- - Fr. Gerlach, 2. Arzt der Heil- u. Pflegeanst. zu Königslutter.
- - W. Gerstäcker, Stabsarzt zu Berlin.
- - H. Gock, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.
- - M. Goldstein, dir. Arzt d. Privatheilanstalt Gr. Lichterfelde.
- - Fr. Graf, Assistent an d. Kreis-Irrenanst. Werneck, Bayern.
- - L. Greppin, 2. Arzt der Irrenanst. in Basel.
- - Th. Güntz in Wiesbaden.
- - P. Guder, Kreisphysikus des Kreises Wittgenstein.
- - A. Gutsch, Geh. Med.-Rath zu Karlsruhe.
- - A. Guttstadt, Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in Berlin.
- - Fr. Haase, 2. Arzt der Irrenanstalt in Niedermarsberg.
- - P. Hasse, Med.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Königslutter.
- - O. Hebold, Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Sorau.
- - E. Hecker, Dir. der Kuranst. für Nervenleidende zu Johannisberg (Nassau).
- - H. Henningsen, San.-Rath u. Arzt an d. Irrenanst. zu Schleswig.
- - R. Hertz, San.-Rath zu Bonn.

Digitized by Google

Herr Dr. Fr. Heyden, Dir. der Privatheilanst. zu Endenich bei Bonn.
- - E. Hjertström, Prof. u. Oberarzt der Irrenanst. zu Hernösand (Schweden).
- - E. Hoestermann, dir. Arzt der Wasserheilanst. Mariaberg a. Rh.
- - K. Ideler, Geh. San.-Rath zu Wiesbaden.
- - M. Jastrowitz, Dir. der Priv.-Heilanstalt in Steglitz.
- - W. Jessen, Med.-R. u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Hornheim b. Kiel.
- - J. Jörger, Assistenzarzt in St. Pirminsberg, Schweiz.
- - Fr. Jolly, Geh. Med.-Rath u. Prof. der Neurol. u. Psych., Dir. der psych. Klinik zu Berlin.
- - L. Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - F. Karrer, Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
- - E. Kessler, Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Blankenhain in Thür.
- - Th. Kirchhoff, Docent, Assist. an der Irrenanst. zu Schleswig.
- - L. Kirn, Professor an der Univ. zu Freiburg (Baden).
- - E. Knecht, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Ueckermünde.
- - A. Koch, Dir. d. Landesirrenanst. zu Zwiefalten (Württemberg).
- - H. Koeberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
- - A. Köhler, Ober-Med.-Rath u. em. Dir. der Irrenpflegeanst. zu Hubertusburg, in Mügeln bei Oschatz.
- - P. Kollmann, Grossh. Oldenburg. Regierungsrath, Vorstand des statistischen Bureaus.
- - S. Korsakoff, Privatdoc. der Psych. in Moskau.
- - F. Koster, San.-R., em. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Marsberg, in Trier.
- - Kowalewsky, Prof. d. Psych. u. Oberarzt d. Hospitals zu Charkow.
- - G. Kranz, Assistenzarzt an der Irrenanst. zu Stephansfeld.
- - A. Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.
- - E. Kräpelin, Prof. u. Dir. der psychiatr. Klinik zu Heidelberg.
- - R. Kroemer, Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt (Westpr.).
- - Hans Lachr, Dir. der Priv.-Heilanst. Schweizerhof.
- - G. Langreuter, 2. Arzt der Irrenanstalt Eichberg.
- - K. Langwieser, dir. Arzt der Irrenpflegeanst. Klosterneuburg bei Wien.
- - G. Lehmann, Assist. an der Irrenheilanst. Sonnenstein (Sachs.).
- - van der Lith, Professor u. Arzt an der Irrenanst. zu Utrecht.
- - J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Heppenheim.
- - H. Lutz, 2. Arzt der Privatheilanst. in Göppingen.
- - F. Matusch, 2. Arzt der Irrenheilanst. Sachsenberg b. Schwerin.
- - P. Mayser, Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
- - E. Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
- - A. Merklin, 2. Arzt der Irrenanst. Rothenberg bei Riga.
- - Fr. Meschede, Prof. u. Director der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr.

Digitized by Google

Herr Dr. A. Meyer, Dir. d. Heilanst. f. Nervenkr. zu Eitorf (Rheinprovinz).
- - J. Möbius, Privatdocent in Leipzig.
- - Frz. Moeli, Prof. u. dir. Arzt d. Irrensiechenanst. zu Dalldorf.
- - Fr. Müllberger, Assist. d. Priv.-Heilanst. zu Kennenburg.
- - O. Müller, San.-Rath u. Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg a. H.
- - A. Näcke, Arzt an der Irrenpflegeanst. zu Hubertusburg.
- - A. Neisser, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Leubus.
- - R. Neuendorff, Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg a. S.
- - G. Nötel, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach.
- - H. Obersteiner, Prof. an d. Univers., in Ober-Döbling b. Wien.
- - L. J. Oebeke, San.-Rath in Bonn.
- - W. Ostermayer, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Budapest.
- - R. Otto, Assist. an d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei Berlin.
- - A. Paetz, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. „Rittergut Altscherbitz", Prov. Sachsen.
- - J. Peretti, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Merzig.
- - L. Pfleger, Hausarzt an d. städt. Versorgungsanstalt zu Wien.
- - A. Pick, Prof. d. Psych. an d. Universität Prag.
- - H. Pierson, Dir. d. Priv.-Heilanstalt in Lindenhof bei Dresden.
- - G. Rabbas, Assist. d. Irrenabth. d. Juliushospitals in Würzburg.
- - P. Rehm, Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg a. H.
- - H. Reich, Med.-Rath u. Bez.-Arzt in Freiburg (Baden).
- - H. Reimer, Med.-Rath in Stuttgart.
- - W. Reinhard, Physikus in Hamburg.
- - A. Richter, Oberarzt d. städt. Irrenanstalt Dalldorf.
- - C. Rieger, Prof. u. Dir. d. Irrenanst. zu Würzburg.
- - H. Ripping, San.-Rath u. Dir. d. Irrenheilanst. zu Düren.
- - C. Roller, Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. zu Brake, Lippe-Detm.
- - A. Roller, Landgerichtsrath in Waldeshut in Baden.
- - Em. Roth, Kreisphysikus in Belgard.
- - A. v. Rothe, wirkl. Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Th. Saelan, Dir. der Irrenanst. zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland.
- - J. Salgó, Primararzt der k. ung. Irrenanst. zu Buda-Pesth.
- - Fr. Schaefer, Dir. der Prov.-Irrenanst. in Lengerich (Westphalen).
- - F. Schlangenhausen, Docent u. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steyermark).
- - A. Schmitz, Dir. d. Privatheilanst. f. Nervenkranke zu Bonn.
- - Fr. Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses in Bremen.
- - R. Schroeter, San.-Rath und Dir. der Prov.-Irrenanst. Eichberg (Nassau).
- - A. Schupmann, Geh. San.-Rath u. dir. Arzt der Siechenanst. zu Gesecke.

Digitized by Google

Herr Dr. O. Schwartz, Geh.-Med.-Rath in Cöln.
- - O. Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - L. A. Seeligmüller, Prof. an d. Universität zu Halle.
- - G. Seifert, Med.-Rath u. pract. Arzt in Dresden.
- - H. Servaes, San.-R., dir. Arzt d. Privatanst. Marienbad b. Goslar.
- - Fr. Siemens, Med.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lauenburg in Pommern.
- - C. Silomon, Kreisphysikus in Norden (Prov. Hannover).
- - Em. Sioli, Dir. d. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - L. Snell, Geh. Med.-Rath und Dir. d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - O. Snell, Assistenzarzt an d. Kreisirrenanst. zu München.
- - W. Sommer, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg.
- - K. Stark, San.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. Stephansfeld (Elsass).
- - W. Stark, Assistenzarzt a. d. Heil- u. Pflegeanst. Illenau.
- - M. Steinthal, Geh. San.-Rath in Berlin.
- - C. Stenger in Würzburg.
- - Rob. Thomsen, Dir. der Privatheilanst. in Bonn.
- - W. Tigges, Geh. Med.-Rath zu Düsseldorf.
- - Th. Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
- - H. Ullrich, Dir. an d. Irrenanstalt zu Deggendorf.
- - R. Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - E. Vix, Reg.- u. Med.-Rath in Darmstadt.
- - F. Wahrendorf, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. Ilten.
- - R. Walter, Dir. der Priv.-Heilanst. in Lissa (Schlesien).
- - G. Weber, Ob.-Med.-Rath u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein b. Pirna.
- - H. Wendt, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz, in Berlin.
- - K. Wernicke, Med.-R., Prof. der Psych. an der Univers. Breslau.
- - C. Werner, 2. Arzt des „Genesungshauses“ zu Roda.
- - Br. Wiebecke, Reg.-Med.-Rath in Frankfurt a. O.
- - Fr. Wiedemeister, San.-Rath u. Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - H. Wildermuth, dir. Arzt der Privatheilanst. zu Stuttgart.
- - L. Wille, Prof. u. Dir. der Cant.-Irrenanst. zu Basel.
- - W. Willerding, Assist. an der Prov.-Irrenanst. zu Hildesheim.
- - W. Zenker, San.-R. u. Dir. d. Privatheilanst. Bergquell b. Stettin.
- - Zillner, Prof. u. Primararzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - C. A. Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Irrenanstalt zu Eberswalde.

Digitized by Google

Fig. 4.

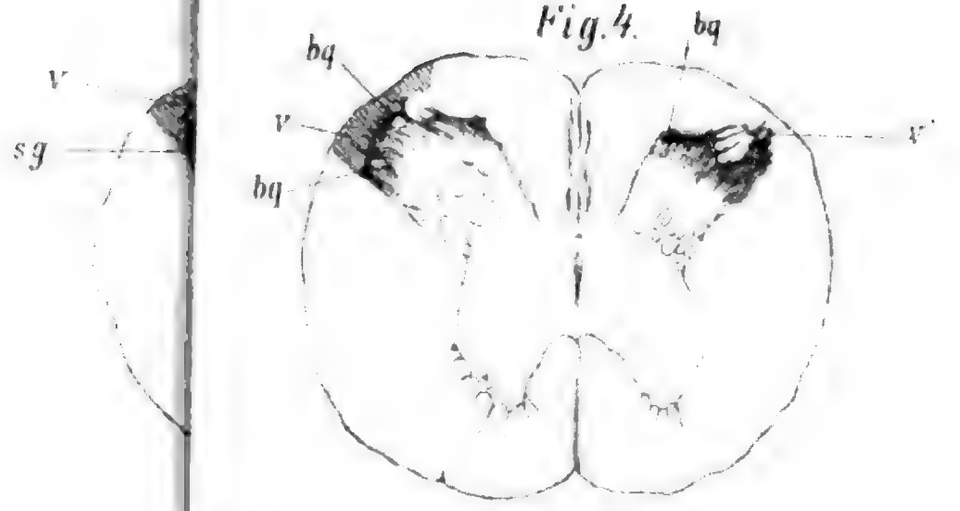


Fig. 7

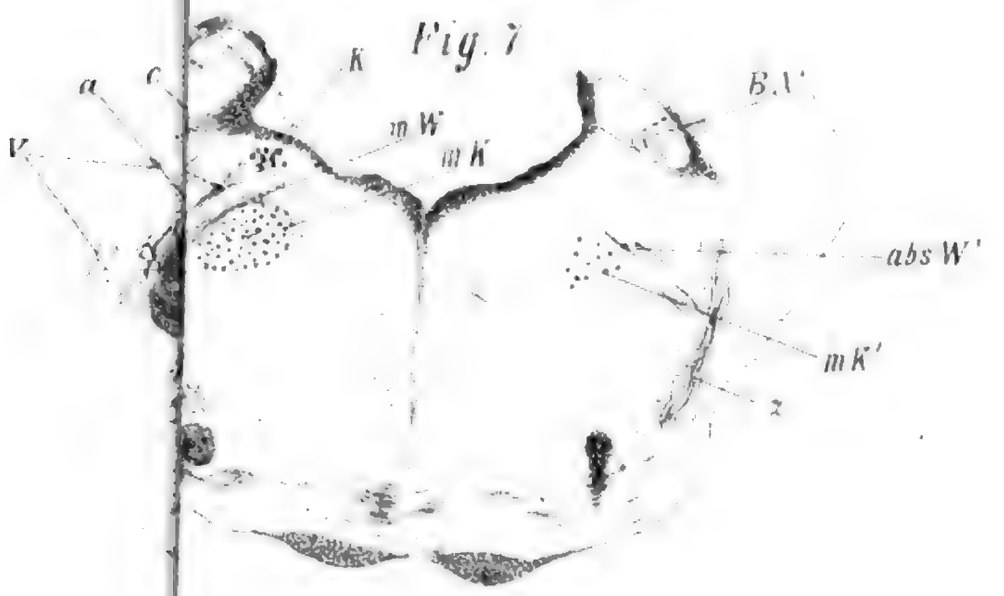
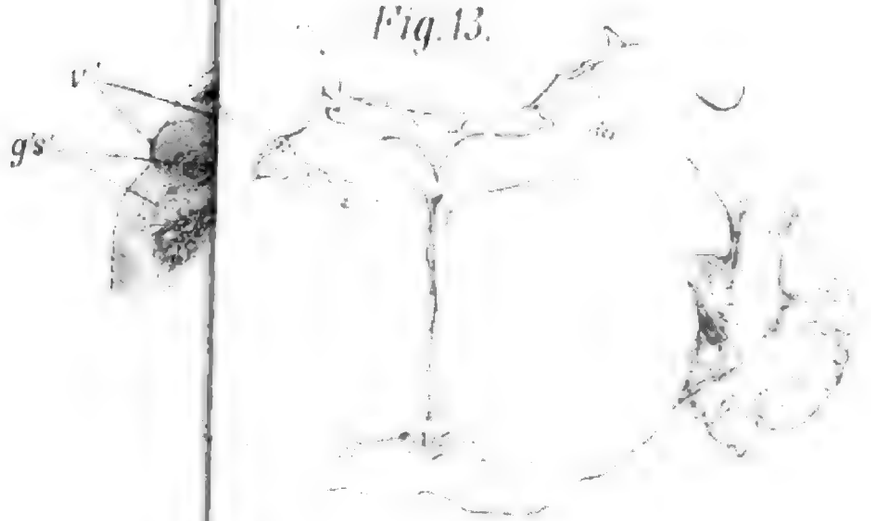


Fig. 10.

Fig. 13.



Bezirk Tokio

Umgebende Provinzen

Nördliche Provinzen

Südwestliche Provinzen

Hauptstadt

Grosse Stadt

Grenzlinie

Eisenbahn

Lith. Anst. v. J. Kraatz Berlin

Digitized by Google

Digitized by Google

Taf. III a.

Fig 14.

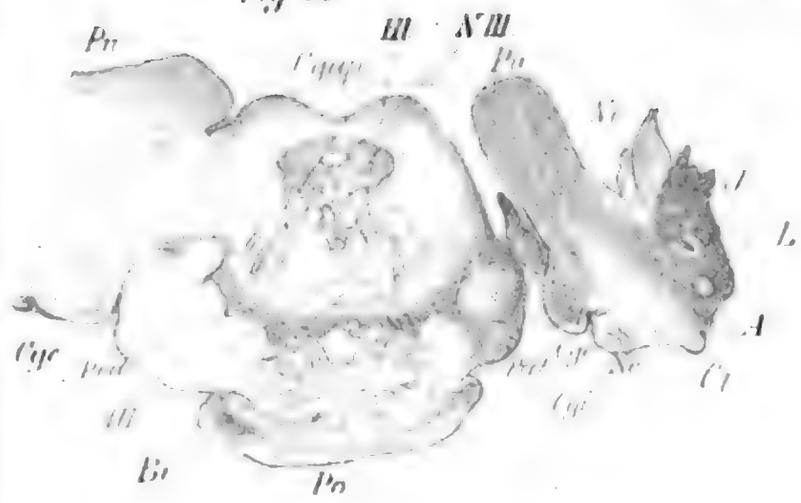
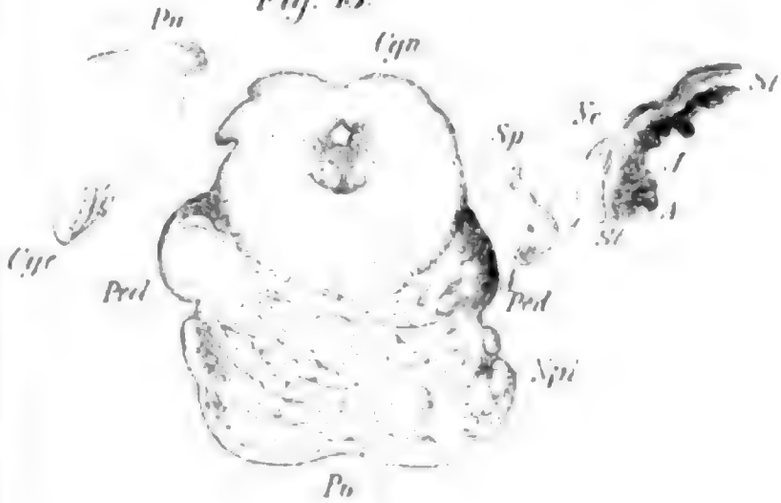
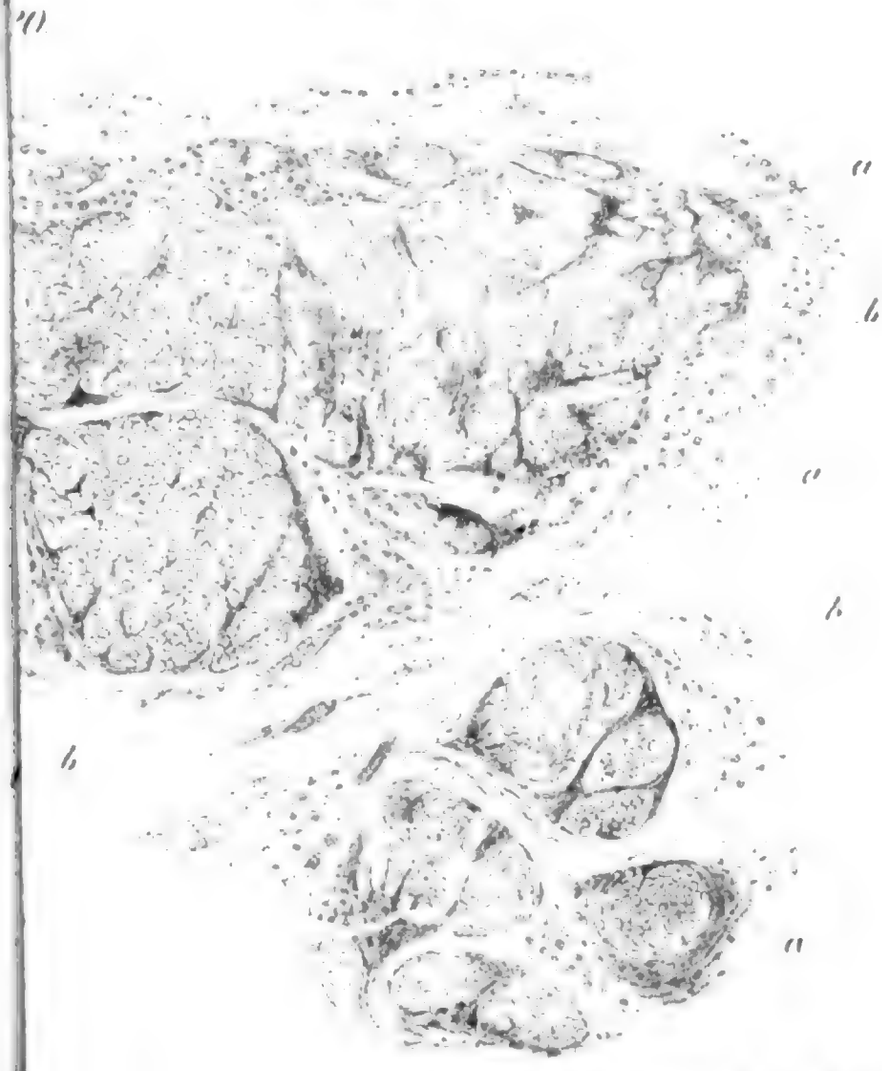


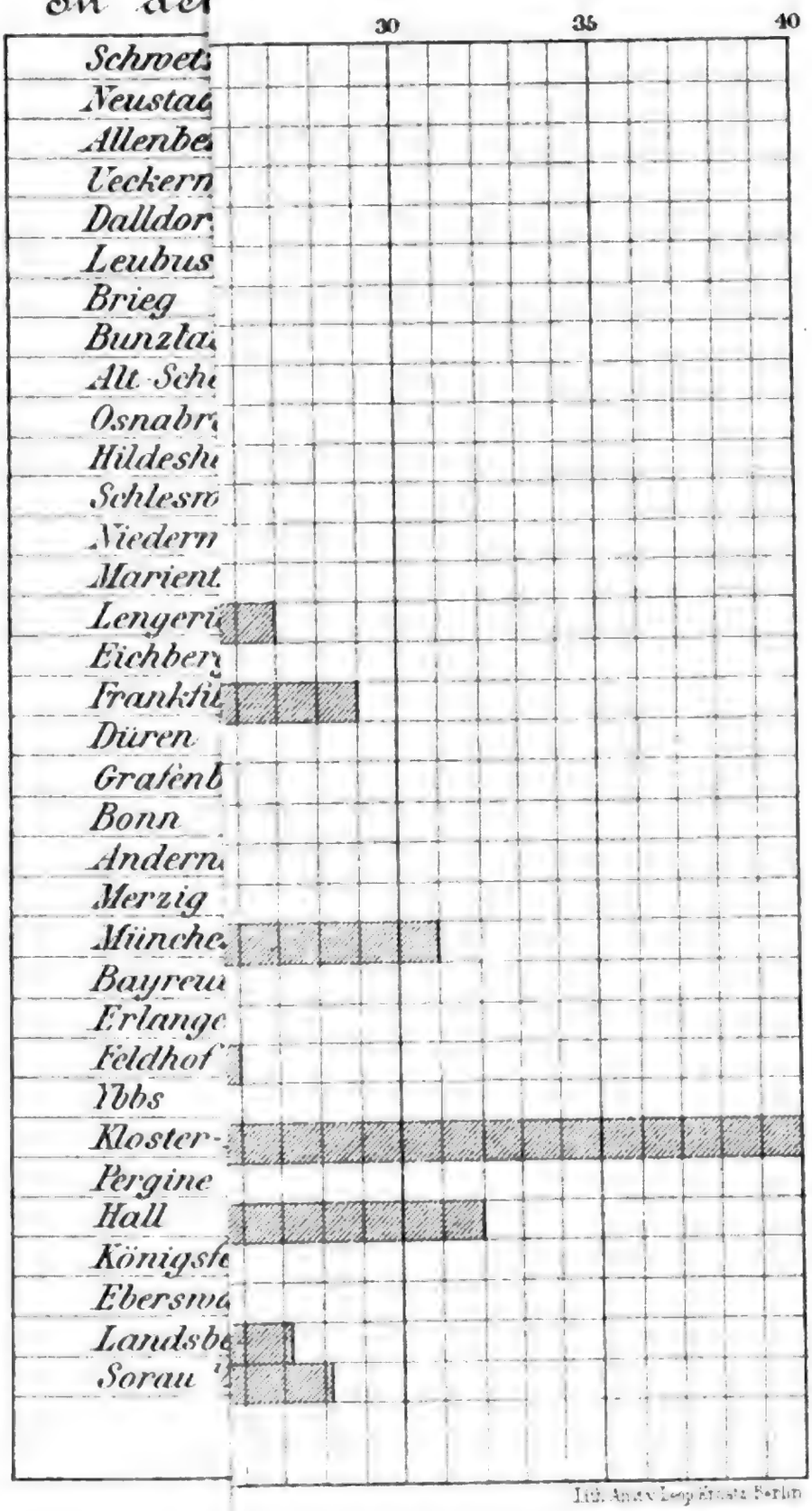
Fig. 15.





Digitized by Google

In de

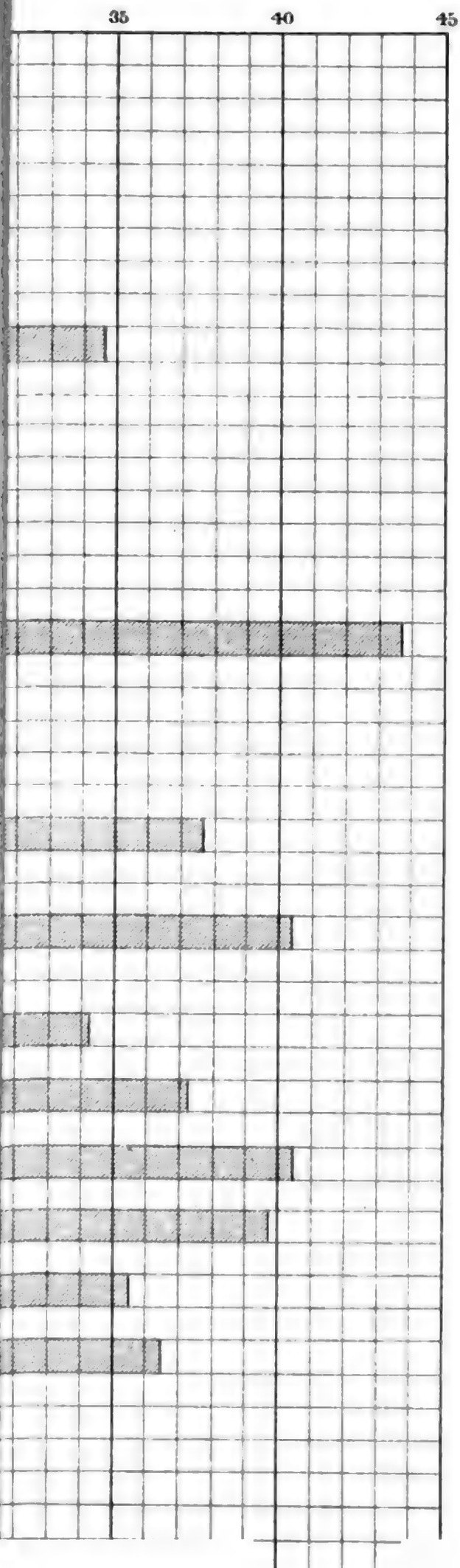


Lith. Anst. v. Leop. Kraatz Berlin

Digitized by Google

Digitized by Google

en



Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Jurs. f. Ep. u. Id. in d. Prov. Sachsen S. 700
Ep. i. d. Prov. Brandenb. S. 702

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München, **von Krafft-Ebing** Wien, **Pelman** Bonn, **Schuchardt** Sachsenberg, **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Achtundvierzigster Band.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1892.

Digitized by Google

Digitized by Google

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 1. Halbjahre 1891.

Redaction: **Schuchardt**-Sachsenberg.

Digitized by Google

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Paul, J., Ueber die drei Wege des Denkens. — Leipzig 1891.

Wie nahe auch der Gegenstand der kleinen muntern Schrift die Psychologie berührt, so spielt sich ihr Inhalt doch mehr auf dem Gebiete der Philosophie ab. Von den 3 verschiedenen Denkweisen, deren jeder bedingungsweise Wahrheit zukommt — subjective, objective und transsubjective — oder psychologische, physikalische und metaphysische — betrachtet die erste die Dinge für uns, die zweite die Dinge unter einander, die dritte die Dinge für sich. — Aus ihrer Vermengung entstehen die wichtigsten Denkfehler. Der heutzutage häufigste ist der, dass die physikalische Denkweise für die unbedingt wahre gehalten wird. — Verfasser steht auf dem Standpunkte *Fechner-Schopenhauer.* „Der Kern der *Sch*—'schen Lehre ist derselbe wie bei *Fechner*: Die Welt ist für uns Vorstellung, für sich Willen." — „Was von aussen gesehen Physis ist, ist von innen gesehen Psyche."

Auch ***E. Dreher*** (Sinneswahrnehmung und Traumbild im Reichs-Medicinal-Anzeiger 1891)

meint dem heut noch zu sehr materialistischen Standpunkt unserer Physiologie entgegentreten und den dualistischen von Geist und Materie festhalten zu müssen, „da wir z. B. bei der Zergliederung der Sinneswahrnehmungen vor einer Fülle von unerwarteten Erscheinungen stehen, die nur psychologisch zu deuten sind." — Er weist daher auf die Wichtigkeit der empirischen Forschung für physiologische Fragen hin, für die sich die Gesellschaften für psychologische Forschung in Berlin und München gebildet haben.

Hughes, C. H., Psychical or Physical (in The Alienist and Neurologist, April)

behandelt dasselbe Thema in mehr realistischer Weise. Wir leben unter der Herrschaft der Wissenschaften, die den Ursprung und das Wesen des Menschen und das Geheimniss des menschlichen Geistes zu enthüllen versuchen. Aber Mikroskop, Ophthalmoskop, chemische Reagentien, psychophysiologische und -pathologische Forschungen — haben noch immer nicht die Nervenbahn gezeigt, auf denen die Gedanken zustande kommen. Der

Digitized by Google

Locus psyche, für den man das Gehirn ansieht, liegt noch im Dunkeln. „Es ist ja möglich, dass ein findiger Geist einst auch die Denkzelle entdeckt, und wenn es auch nur dazu kommt, dass sie den Rang einnimmt, wie das vermuthete chemische Atom. Dann könne man sich vorstellen, dass die Denkthätigkeit in der Weise sich auslöse, wie die Muskelthätigkeit durch Zersetzung der Muskelmoleküle (muscular desintegration *Watter's*). Aber die Aenderung der Atome begleiten doch nur die Aeusserungen des Geistes im gesunden wie im kranken Zustande und in diesem Sinne sind Stoff und Kraft, Hirn und Gedanke, wie *Maudsley* sagt, coexistirend und bedingen sich gegenseitig; aber doch nur die Aeusserungen, nicht aber der Geist selbst, die Psyche im höchsten Sinne. Dahinter ist noch ein Etwas. „Das Studium des stofflichen Universums seiner Bewegungen führt zu Gott. Hier muss die Wissenschaft, — vor dem Unbegreiflichen — Immateriellen — stillstehen," und wir halten dafür, dass das Wort: „es ist ein Geist im Menschen", wahr ist, ein Geist (spirit), der die materiellen Medien — Gehirn, Nerven und ganzen Körper — beeinflusst und von ihnen beeinflusst wird."

***Hodgson*, The philosophical relations of Neurology. (Brain, April.)**

Was die Philosophie von den andern Wissenschaften unterscheidet und doch auch mit ihnen gemein hat, ist das Bewusstsein, d. h. die Erkenntniss des Unterschiedes und Zusamenhanges der Dinge; ihre Methode — die Analyse dieses Bewusstseins. Wissen und Sein ergänzen einander. — Neurologie, als ein specieller Theil der Biologie, hängt mit Philosophie durch die Vermittelung des Denkens, Fühlens, Wollens in der Nervensubstanz zusammen. — Das Mittelglied zwischen beiden ist Psychologie. — Bewusstsein als Wissendes ist Kenntniss vom Dasein im Allgemeinen, alle Dinge sind ihm Gegenstand = Philosophie; als Existirendes — zufolge seiner Herkunft und Geschichte — ist es besonderer Art = Psychologie. Hier ist die Nervensubstanz das nachweisbar Wesentliche. Geist (Mind) ist nichts Reales, ein Wort, dass der Philosoph um der Verständigung willen braucht. —

***Bristowe*, On the nature and relations of Mind and Brain. (Brain. ibid. S. 19.)**

Mit der Verpflichtung, die Präsidentenrede in einer gemischten Gesellschaft von Aerzten, Physiologen, Chemikern, Psychologen und Metaphysikern zu halten, begab sich der Vortragende in die ungewohnte „Wüste der Metaphysik" und traf seine Wahl das Thema über Wesen und Verhältniss von Geist und Hirn. Da müssen nun erst Vorfragen erörtert werden, über Raum und Zeit, Kraft und Stoff — zwischen denen wir leben. Raum ohne Stoff ist ein Unding, Zeit ohne Kraft, d. h. Bewegung, ein Nichts; folgt daraus, dass Raum den passiven, Zeit den activen Zustand der Dinge ausdrückt. — Die Chemie nimmt an, dass die

Digitized by Google

Elementarstoffe, Gase u. s. w. aus Molekülen bestehen — und diese Aggregate können unmöglich als unthätige Masse betrachtet werden; darum muss die Atomentheorie nothwendig bewegende Kräfte zu Hülfe nehmen. — Die lebende Materie, sogar in ihren einfachsten Formen, besitzt jedoch noch andere, als die chemischen Eigenschaften. Die Kräfte, die ihr innewohnen, mit deren Hülfe sie sich Fremdes assimilirt, sich entwickelt, wächst, fortpflanzt, beständig ändert und sich verzehrt — die Lebenskraft — beherrscht auch das Nervensystem in seinen mysteriosesten Leistungen. — Schwierig ist nur die Ermittlung des Verhältnisses, in welchem das Cerebrum als anerkanntes Organ des bewussten Geistes zu dem unbewussten, automatischen Leistungen der Nervenmasse steht. Verf. erklärt sich die Sache so. Dieselbe treibende, der Materie innewohnende Kraft, die das Wachsthum u. s. w. fördert, die bei Thieren gleichsam willkürliche Bewegungen und Verrichtungen hervorbringt, ist als latentes Bewusstsein — de potentia — vorhanden und wird, sobald die nervösen Organe voll entwickelt sind, zu wachem Bewusstsein, nachdem es die entsprechenden Eindrücke aufgenommen und in seinem Gedächtniss bewahrt hat. Dass die absterbenden Nervenzellen im Laufe des Lebens auch Vielerlei vergessen, ist selbstverständlich und dient mit zum Beweise, dass unsere geistige Individualität hauptsächlich, wenn nicht ganz vom Gedächtniss abhängt. — Der menschliche Geist unterscheidet sich von dem des Thieres nur dem Grade nach. — Persönliche Unsterblichkeit ist Glaube und Hoffnung — aber nicht Wissenschaft. —

Shand, A. F., **The nature of Consciousness. (Mind, April.)**

Das Bestreben, sich über das Wesen des Bewusstseins klar zu werden, spielt, wie überhaupt die allgemeinere, philosophirende Betrachtungsweise der geistigen Verhältnisse, in den Zeitschriften englischer Mundart eine hervorragende Rolle, ohne — wie es scheint — zu einem befriedigenden Abschluss gelangen zu können. „Was bedeutet das Wort Bewusstsein? — Wir haben nur eine unbestimmte Vorstellung vom Bewusstsein, aber es gibt eine Unzahl concreter Dinge, die sein Wesen ausmachen." — „Denn — so sagt Verf. nach einer ermüdenden Reihe von Paragraphen — Bewusstsein ist eine Vereinigung von Handlung und Gegenstand (act and object), als solche ein Complex, als Act einfach; beides zusammen — ein Urtheil" — das den Unterschied zwischen Act und Object enthält. — Geniessbarer als diese Abhandlung ist ein Schriftchen von

Schlegel, E., **Das Bewusstsein, Grundzüge naturwissenschaftlicher und philosophischer Deutung; mit Geleitsworten von Prof. *Th. Meynert.* Stuttgart, 1891.**

Von den 126 Seiten der wohldurchdachten und auf vielseitigen Studien beruhenden Monographie des Tübinger Arztes ist die erste Hälfte der Physiologie des Bewusstseins, die zweite der Pathologie des Bewusstseins

Digitized by Google

gewidmet. Von den Uranfängen geistiger Thätigkeit in den untersten Stufen des Thierreichs ausgehend, folgt der Verf. den fortschreitenden Entwickelungsstufen der organischen Gestaltungen bis zu den höchsten Problemen des Menschengeistes. Es genügt, die Uebersicht des wesentlichen Inhaltes wiederzugeben, um aus der Fülle des Gegebenen ein ungefähres Bild der Anschauungen des Verf.'s zu gewinnen und dem Leser das Weitere zu überlassen.

II. Begriffsbestimmung von Geist und Bewusstsein. — Naturerscheinungen, die uns zur Annahme des Geistes zwingen. — Selbsterscheinung. Bewusstsein.

III. Abschätzung des Bewusstseins. — Unterscheidungsmerkmale der Stufen, Klarheit, — absolute und relative Intensivität des Bewusstseins, Widerstreit, Hemmungen.

IV. Organismus des Geistes. — Bestimmtheit — Organismus des Bewusstseins in Parallele mit der Leibesorganisation, Geselligkeit, Staatenbildung der Thiere.

V. Formen und Stadien des Bewusstseins. — Centripetale, centrale, centrifugale Erscheinungen.

VI. Instinct. — Inhalt im Verhältniss zum Denken. — Lebensentfaltung als Zweck des Geistes.

VII. Bewusstseinsvorgänge in der Theorie. — Wirksames und beschauliches Bewusstsein. (Von *Meynert* im Vorwort besonders betont.) Wesen der Materie und Bewusstseinsproblem.

VIII. Menschlicher Geist und Denken. — Die neue Form der Geistesthätigkeit. Objective und formale Geltung des Wissens. Verstand, Vernunft, Ideen, Widerstreit. Bedürfniss einer höchsten Lösung in Gott („als Grundlage für unsere Lebensgestaltung").

IX. Individualität. — Belehrung, Kunst, Genialität.

X. Erklärungsversuche durch Panlogismus. Verfehlte Theorien der Bewusstseinsleistungen.

XI. Abweichendes Verhalten der Bewusstseinserscheinungen zu den Naturzwecken. — Erziehung, Gewöhnung an Unnatürliches, Reizmittel, Sinnestäuschungen.

XII. Schlaf. — Reflexbewegungen, Winterschlaf, Träumen, Erwachen.

XIII. Einheit des Bewusstseins. — Ideale Einheit in der wirklichen Vielheit. Das Ich ein Werdendes.

Pathologie des Bewusstseins. — Bewusstlosigkeit, theilweises Bewusstsein, Erregungszustände, Irresein. — Irrthum, Vorurtheile. — Hypnotismus.

Der mechanische Werth der Bewusstseinserscheinungen. Das System körperlicher und geistiger Wirkungen. — Kraftaufwand des Gehirns. — Erhaltung der Kraft. — Uebergang der Energie in eine Welt sittlicher Werthe etc.

Umschau. — Naturzwecke. Begriff der Erscheinung. Das Ich. *Fechner.*

Digitized by Google

Wirklichkeit und Theorie. — Aufgabe der Weltbetrachtung denkender Wesen.

De-Sarlo, **l'attività psichica incosciente in Patologia mentale (Rivista di Freniatr. XVII. F. 1—2. S. 97).**

Das latente Bewusstsein hat nicht im Normalzustande allein, sondern auch in abnormen geistigen Zuständen eine Bedeutung, die nach des Verf.'s Meinung von den Fachgenossen noch nicht genügend hervorgehoben sei. — Die Thätigkeit des Unbewussten lässt sich in der Psychiatrie von zwei Gesichtspunkten aus betrachten, erstens von den Hauptformen der Geistesstörung aus, wo dann gewisse Symptome als Product des Unbewussten erklärt werden, — zweitens von dem hochgradigsten abnormen Znstande aus, der in dem doppelten Bewusstsein wurzelt. — Zwischenzustände erscheinen insbesondere in Criminalfällen, wo verbrecherische Handlungen von sonst normalen und als geistesgesund anerkannten Personen plötzlich und ohne genügende Ursache begangen werden — und man pflegt solche Fälle als plötzlichen Ausbruch der in den Tiefen der Seele rastlos arbeitenden dumpfen Kräfte zu erklären. — In den degenerativen, — constitutionellen Krankeitsformen tritt das Unbewusste deutlicher an die Oberfläche. Solcher Art sind die psychischen Defecte und zwar I. Zwangsvorstellungen — wo nach *Buccola*'s Ausdruck — ein plötzlich auftretender Gedanke die Aufmerksamkeit fesselt, tetanisirt — die als Grübelsucht, Fragetrieb, arithmetische Zwangsvorstellungen u. a. m. auftreten, und Zwangsempfindungen, wie unmotivirte Angst, — Verlangen. — Einen interessanten Fall theilt Verf. mit, wo der Wille, trotz klaren Selbstbewusstseins, unter Zwang stand und der Gedanke, seine Willensakte reguliren zu müssen, den Kranken beherrschte. II. Eigentliche Zwangsideen — *Légrand du Saulle,* Delirien mit Bewusstsein, Délire du toucher — misophobie u. s. w. III. Agoraphobie — Platzangst. Angst vor der Angst. — Claustrophobie u. s. w. IV. *Morel*'s Délire émotif. — Pat. ist phantastisch, hochgradig erregbar, unberechenbar in Liebe und Hass. V. Impulsive Handlungen — wozu das gedankenlose Suchen gehört, — die Stehlsucht (epileptisch), Selbstmordsucht, Pyromanie, Dipsomanie. — VI. Der physiopsychologische Mechanismus dieser Defecte besteht in abnorm erhöhter Spannung der Gedankenbildung bei Erschlaffung der Willensthätigkeit — infolge Ernährungsstörung der Grosshirncentren für die psychische Thätigkeit — nach *Tamburini* — oder in einer Dissociation der psychischen Elemente — infolge Erschöpfung des Nervensystems — was Verf. sich etwa so denkt. Im Normalen bildet sich ein Bewusstseinszustand aus der Vereinigung von Gesichts-, Gehörs- u. s. w. Elementen, — hier findet Zersplitterung der Aufmerksamkeit durch automatisches Auftauchen früherer Eindrücke in unbewusster Weise, statt. —

Digitized by Google

***Morselli, E.,* La psichiatria moderna nei suoi rapporti con le altre Scienze. (Riforma medica, No. 3, Mai.)**

In diesem an der psychiatrischen Klinik zu Genua gehaltenen Vortrage sagt Verf. von der heutigen Psychologie, dass sie nichts mehr mit der Philosophie und Metaphysik zu schaffen habe, erstens, weil sie eine Wissenschaft sei, die erst auf dem Studium einer gewissen Kategorie von Naturerscheinungen beruhe, zweitens, weil sie nicht auf die Endursachen dieser Erscheinungen (finalità) ausgehe, drittens, weil sie positiv sei und nur mit Beobachtung und Experiment arbeite. Ein ungelöstes Räthsel bleibt aber auch dabei das Wesen der Bewusstseinserscheinungen. Wenn die heutige Wissenschaft auch dem Grundsatz von der Einheit der Kräfte und dem Umsatz aller Formen aus Energie in Bewegung huldigt, so war sie doch bis heut nicht im Stande, zu begreifen, warum das Denken in Bewegung und ... bestimmte Atomenbewegungen gerade in Empfindung und Bewusstsein sich umsetzen. Sicherlich hängt das Bewusstsein von physischen (biologischen) Bedingungen ab, aber die Kenntniss dieser Bedingungen löst das Räthsel nicht; denn die Antecedentien „der psychischen Erscheinung" sind nicht diese selbst.

In einem kritisch-experimentellen Beitrag zur Fisiopsicologia della Suggestione sagt *Morselli* zum Schlusse: „die Wissenschaft der psychischen Erscheinungen ist auf dem Wege sich zu bilden, Vieles bleibt noch zu entdecken und zu lernen". — Aber alles das zeigt doch nur, dass man nicht weit über *A. Haller's* Satz hinaus ist: „In's Innere der Natur dringt kein erschaffener Geist."

***Predieri, Ab.,* Sintesi delle Variazioni presentata dalla Superficie del Cervello umano. (Rivista di Freniatria. Vol. XVII, Fasc. I—II, p. 50).**

Eine äusserst mühsame, aber ebenso nützliche Arbeit, die in der Zusammenstellung der verschiedenen Benennungen der Hirnfurchen und Windungen beim Menschen besteht und durch genaue Abbildungen erläutert ist, aus welchen letzteren Verf. ein schematisches sehr anschauliches Bild construirt hat. Die Bibliographie am Schlusse enthält 37 Namen, beginnt mit *Vicq-d'Azyr* (1787) und endet mit *Henschen* (1890). Viele Synonyme mussten übrigens wegen der Begrenztheit des Raumes übergangen werden.

***Bianchi, L.,* La Psicologia in rapporto alle ultime nozioni di Fisiologia del Cervello. Milano, 1890.**

In Ansehung der fast unüberwindlichen Schwierigkeiten der Aufgabe, die der Verf. als Berichterstatter zugleich mit den Hrn. *Tanzi* und *Verga* übernommen hatte, beschränkt er die Darstellung des Verhältnisses der Psychologie zu den neuesten Erfahrungen der Hirnphysiologie vorläufig nur auf die Ergebnisse des Thierversuches, um später dieselben

Digitized by Google

mit den klinischen Beobachtungen zu vergleichen und zwar nur in Beziehung auf die Grosshirnrinde. — Der jetzt herrschenden Meinung nach bilden die sensorischen und motorischen Rindenfelder die anatomische Basis aller Vorgänge, die auf dem Gebiet unserer Sinne sich abspielen. Aus der Reproduction und Association aller Erinnerungsbilder entsteht, nach gewissen Gesetzen, die Ideenbildung. — Dass die Theilung der Arbeit verschiedenen Rindenfeldern anvertraut ist, steht fest, wenn auch die Autoren über die Oertlichkeit hie und da uneins sind. Nun entsteht aber die Frage:

1. ob eine Function, z. B. die des Sehens, lediglich an ein Feld gebunden ist und nicht mehrere dabei concurriren. Ein Experiment am Hunde beweist dem Verf., dass es der Fall ist, indem er die Associationsfasern, die die motorischen und sensorischen Elemente verbinden, durchschneidet.

2. fragt es sich, ob neben den sensoriellen Feldern, auf deren Function die psychischen Processe beruhen sollen, es nicht doch noch andere gibt, die den geistigen Dingen zur Vermittlung dienen. — Das Benehmen eines Hundes, dem der Verf. vor 2 Monaten die vordern Lappen des Grosshirns abgetragen hat, sprechen dafür. Urtheil, Gedächtniss waren gestört, während Bewegung und Empfindung unversehrt blieben.

3. Für eine dritte Frage, ob die Abtragung verschiedener Rindentheile von gleicher Ausdehnung in Breite und Tiefe denselben Einfluss auf das psychische Verhalten der Thiere habe, hat Verf. ebenfalls an Hunden operirt und glaubt positive Erfolge erhalten zu haben. Operationen an der Schläfengegend, bei denen die Hunde gewöhnlich auf einer Seite taub und blind werden, veränderten den freundlichen Charakter einer Hündin in ein trübseliges, bissiges Wesen. — (Vgl. die Artikel *Tanzi* und *Cotella*.)

Tanzi, E., Diffusione sistematica dei Reflessi nell' Uomo. (Riv. di Fren. XVII. 1—2 p. 135.)

Die Steigerung der Reflexthätigkeit, die nach Ausschaltung des Gehirneinflusses bei niederen Thieren, Fröschen u. s. w., Regel ist und nach gewissen Gesetzen (*Pflüger*) erfolgt, findet bei Menschen nach Gehirnverletzung nur selten statt. *Nothnagel* (Ztschr. f. klin. Med. VII, 1881) leugne indess mit Unrecht den Hemmungseinfluss des Gehirns auf die motorischen vom Rückenmark ausgehenden Reflexe. *T.* bringt einen derartigen gut beobachteten Fall, — allerdings auch als Seltenheit — wo bei einem 50jährigen Manne infolge von Kopfverletzungen seit 4 Jahren ein Wechsel im Charakter besteht, der sich als Stupor mit Remission im Frühling äussert (circuläres Irresein? Ref.). — Die Hyperästhesie der Haut verschwindet im (verhältnissmässig) lichten Intervalle, ebenso der hochgradige Patellarreflex, der anfangs lebhaft und epileptoid erscheint, aber local auf Contraction des Triceps cruralis beschränkt bleibt, bei wiederholtem

Digitized by Google

Klopfen auf das andere Bein überspringt und endlich in convulsive, der Epilepsie ähnliche Contractionen sämmtlicher (?) Muskeln übergeht. —

***Tschiesch, W.*, Die Sittlichkeit Geisteskranker. Vortrag gehalten in der allgemeinen Sitzung der IV. Versammlung der russischen Aerzte in Moskau 1891. Separat-Abdruck.**

Bei Versuchen mit Stickstoffoxydul, welche Verf. an sich selbst anstellte, kam er zu ähnlichen Resultaten wie *N. Lange* bei seinen Versuchen mit Haschisch und zwar: dass mit der eintretenden Willensschwäche und Gedankenthätigkeit auch die sittlichen Gefühle abschwächen um endlich ganz zu erlahmen.

Tschiesch geht von dem Satze aus, dass, je gesunder das menschliche Nervensystem ist, um so breiter und intensiver muss auch seine Thätigkeit ausfallen und kommt zu der Folgerung, dass als erste Erscheinung der Geisteskrankheit, als erstes Symptom der Erkrankung des centralen Nervensystems, sich eine Zerrüttung und Auflösung der Sittlichkeit des gegebenen Individuums manifestiren muss. Indem er das Gute und Böse nicht unterscheidet, kann der Kranke sich durch keine Motive der Pflicht, sondern nur durch Motive des ihm Angenehmen, leiten lassen, er kann aber die Nothwendigkeit, den Nächsten zu lieben und zu achten, nicht begreifen. Deshalb führt die Krankheit des Nervensystems zur Abschwächung und dem Verluste der Sympathie des Nächsten; alles Denken und Trachten des Kranken ist nur auf die Erreichung eigener, angenehmer Genüsse gerichtet. Schliesslich führt die Erkrankung des Nervensystems zur Willensschwäche und deshalb kann der Kranke sich selbst nicht durch Motive des eigenen Nutzens leiten lassen, wenn er auch selbst sein eigenes Interesse begreift. Die Sittlichkeit ist eben die letzte, zusammengesetzteste und höchste Erscheinung unserer Seele und auch des Nervensystems — daher kann der Mensch nur bei einem vollkommen gesunden Nervensystem sittlich sein.

Die sittliche Vollkommenheit des „Ich", ist noch mehr als das geistige Ich an ein vollkommen gesundes Nervensystem gebunden. *A. v. Rothe.*

***Soury*, Les fonctions du cerveau. Paris 1891. (Aux bureaux du progrès médical.) 462 Seiten.**

Seit 1881 ist auf Veranlassung des damaligen Ministers des öffentlichen Unterrichts, *Paul Bert*, in den Lehrplan der Universitäten in Frankreich die Geschichte der Doctrinen der physiologischen Psychologie aufgenommen worden. Mit der Abhaltung dieser Vorlesungen in Paris war *S.* in den letzten Jahren beauftragt gewesen, und eine Frucht jener Vorlesungen ist das uns vorliegende Buch.

In zwei getrennten Theilen bespricht der Verfasser die Ansichten der Strassburger und der Italienischen Schule, und da er auch die von allen

Digitized by Google

andern Forschern gewonnenen Resultate eingehend würdigt, so stellt das vorliegende Buch eine sehr geschickte Compilation aller der Arbeiten dar, welche seit der Entdeckung von *Fritsch* und *Hitzig* über die Localisation im Gehirn erschienen sind. Mit grossem Fleiss sind die in den verschiedensten Zeitschriften zerstreuten Beobachtungen zusammengetragen und systematisch geordnet worden; und da der Verfasser nur Thatsachen und Ansichten registrirt, ohne selbst in dem noch immer hin und her wogenden Kampfe Stellung zu nehmen, so durchweht eine angenehme Objectivität das uns vorliegende Buch. Eingehend werden die Methode, die Versuchsanordnungen und die Resultate besprochen, welche *Goltz* und seine Schüler *Loeb* und *Schrader* erhalten haben, und wenn auch der Verfasser auf einzelne Widersprüche in den Ansichten der Strassburger Schule aufmerksam macht, so vergisst er andererseits nicht den grossen Fortschritt hervorzuheben, welchen die Gehirnphysiologie dem Strassburger Physiologischen Institut verdankt. Auch die von *Ferrier*, *Carville*, *Duret*, *Gudden*, *Munk*, *Luciani*, *Exner* erzielten Resultate werden ausführlich besprochen, und die von *Tamburini*, *Luciani* und ihren Schülern repräsentirte italienische Schule und deren Resultate mit den von anderen erhaltenen verglichen. Bei dem grossen Interesse, welches die Frage der Localisation im Gehirn in theoretischer und praktischer Beziehung hat, wird das uns vorliegende Buch jedem willkommen sein, der sich schnell über eine Frage aus jenem grossen Gebiet orientiren will, ohne grössere Specialwerke nachzuschlagen. Die Darstellung ist lichtvoll und für denjenigen leicht verständlich, welcher sich nicht eingehend mit Gehirnphysiologie beschäftigt hat. Im Anhang veröffentlicht *S.* eine experimentell-klinische Studie über Rindenepilepsie, welche nichts Neues enthält, sondern die bekannten Ansichten der Italiener wiedergibt, ohne die Arbeiten von *Binswanger*, *Unverricht* und *Ziehen* zu vernachlässigen. *Lewald*-Liebenburg.

Babinski, J., Hypnotisme et Hystérie. Paris, 1891.

Bernheim hat den Hypnotismus als einen künstlich hervorgerufenen besonderen psychischen Zustand definirt, der die Suggestionsfähigkeit erhöht. *Babinski*, *Charcot*'s Schüler und ehemaliger Assistent in der Salpêtrière, bestreitet das nicht, aber er weist nach, dass dieser besondere Zustand etwas Krankhaftes ist, Hysterie, in dem weiten Sinne, den die *Charcot*'sche Schule diesem Leiden gibt. „Die Verwandtschaft zwischen Hypnotismus und Hysterie geht so weit, dass man fast behaupten darf, Hypnotismus sei eine Manifestation der Hysterie.“ Die erhöhete Suggestionsfähigkeit, die somatischen Zustände, Anästhesie, Contractur etc. sind bei beiden gleich vorhanden, sogar die Verminderung der festen Bestandtheile bei vermehrter Harnabsonderung. Interessant ist, was *B.* über den Wechsel hypnotischer und hysterischer Symptome sagt. Die Fähigkeit, hypnotisirt zu werden verschwindet z. B. bei Eintritt von Chorea und erscheint wieder beim Aufhören der letzteren. Auch verbirgt sich

Digitized by Google

bisweilen eine hypnotische Attake hinter einem hysterischen Anfall. — Der therapeutische Einfluss der Hypnose ist bei hysterischen Anfällen vorherrschend.

Bedeutsamer als der erste Theil des gegen die Nancyer polemisirenden Vortrages ist der geringe Werth, den *B.* der hypnotischen Therapie zuschreibt, obgleich er selbst mehrere bedeutende Erfolge aufzuweisen hat. Unter den „nicht sehr häufigen" Fällen, wo man durch Hypnotismus sehr rasch oder selbst augenblicklich eine definitive Heilung erreichen kann, ist folgender dem Referenten insbesondere interessant, weil er vor etwa 3 Jahren den kranken Knaben während des Leidens und nach 14 Tagen gesund in der Salpêtrière selbst gesehen hat. 13jähriges Kind infolge einer Infectionskrankheit nicht imstande zu stehen. Hält man ihn aufrecht, die Füsse am Boden, so knickt er zusammen, sobald man loslässt. Legt man ihn an die Erde, so kann er Ober-, Unterschenkel und Füsse wie im Normalzustande bewegen und man überzeugt sich, dass die Muskeln ihre volle Kraft besitzen. Keine andere nervöse Störung. Der Zustand dauert seit drei Monaten. — *Charcot* stellt die Diagnose: hysterische Astasie. — „In einer einzigen Sitzung", sagt *B.*, „verschaffte ich dem Kinde den Gebrauch seiner Beine wieder. Es konnte wieder gehen und stehen. Die Heilung war von Dauer." — Bei (nicht hysterichen) Geisteskranken schlägt die Cur wenig an.

Gerster-München, Der Hypnotismus in der Therapie (der ärztliche Praktiker. IV. Jhrg. No. 17, April).

In der hypnotischen Beeinflussung sieht Verf. nur eine systematische und künstliche Steigerung der jedem Menschen mehr oder weniger eigenen Suggestibilität, gleichgültig, ob Schlaf eintritt oder nicht. — Die hypnotische Suggestion bilde nur einen speciellen Theil der psychischen (Vorstellungs-) Therapie. Es handele sich darum, den Kranken in einen günstigen psychischen Zustand zu versetzen. — Verf. hat eigene Erfahrungen über 4000 Hypnosen — und erzählt von 2 hysterischen Frauen, die anscheinend an Perimetritis litten und monatelang mit sehr eingreifenden Mitteln von anderen Aerzten behandelt, von ihm in wenigen Tagen curirt worden sind. — Bedenklich ist zwar sein Satz: „Ich unterschreibe nicht *Braid*'s und *Bernheim*'s Ausspruch: Es gibt keinen Magnetiseur und kein magnetisches Fluidum", aber beachtenswerth, wenn er sagt: „später, wenn die psychische Behandlung in ihrer Bedeutung allgemein erkannt sein wird, wird man mit der specialistischen Localbehandlung vorsichtiger werden" — wobei er Gynäkologen und Kehlkopfs-Specialisten im Auge hat.

Digitized by Google

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin.

Müller, Georg Elias, Theorie der Muskelcontraction. — Leipzig, 1891. Bd. I.

Wenn man die Psychophysik im weitesten Sinne des Wortes auffasst als die Wissenschaft von den Beziehungen zwischen Psychischem und Physischem, so muss man auch den Thatsachen wie der Theorie der Muskelcontraction eine erhebliche Bedeutung für sie zuerkennen. Denn von welcher Wichtigkeit in Bezug auf Ablauf und Art seelischer Ereignisse die Spannungen und Entspannungen der Muskeln sind, haben neuere Untersuchungen ahnen lassen, und wenn erst die Einsicht Allgemeingut geworden ist, dass viel von dem, was heutzutage in die Nervencentren (so z. B. schon beim einfachen Reflex) verlegt wird, bereits in den peripherischen Processen wurzelt, so wird das enge Verhältniss zwischen Muskelphysik und Psychophysik sehr deutlich hervortreten. — Die vorliegende Theorie der Muskelcontraction wird von dem Grundgedanken einer mechanischen Erklärung der Lebensvorgänge getragen. Sie gipfelt in der Lehre, dass die pyroelektrische (vom Turmalin her bekannte) Wirksamkeit der im Muskel enthaltenen anisotropen Körperchen und die durch sie hervorgerufenen Deformationswiderstände und Aenderungen der Quellungszustände einzelner Muskelbestandtheile die hauptsächlichen Factoren bei der Muskelcontraction seien. Nimmt man nämlich an, dass die Anisotropie der Muskeln darauf beruht, dass in ihnen kleine anisotrope Körperchen ähnlicher Art enthalten sind, wie zum Aufbau der dem regulären Systeme nicht angehörigen Krystalle dienen, so hat man diesen Muskelmicellen, ebenso wie den in jenen Krystallen enthaltenen Micellen, eine fortwährende elektrische Polarisation zuzuschreiben und anzunehmen, dass es nur von dem Grade des elektrischen Leitungsvermögens dieser Micelle und ihrer unmittelbaren Umgebung abhange, ob sie fähig seien, bei einer Erhöhung oder Erniedrigung ihrer Temperatur pyroelektrische Kräfte zu entfalten. Die Muskelcontraction kommt also nach Herrn *Müller*'s Worten zu Stande durch Kräfte, welche durch den von einem Reiz hervorgerufenen, von Wärmebildung begleiteten chemischen Process an den doppeltbrechenden Micellen erregt werden, die sich, von Flüssigkeitsschichten rings umgeben und von einander getrennt, in den anisotropen Fibrillen der glatten und doppeltschräggestreiften Fasern, sowie in den anisotropen Fibrillengliedern der quergestreiften Fasern vorfinden. Die durch die Muskelerregung erweckten Kräfte dieser Micelle dauern jedoch nur kurze Zeit an und haben, ähnlich den magnetischen Kräften, die Eigenthümlichkeit, bei wachsender Entfernung der betr. Micelle sehr schnell abzunehmen. — Von dieser Contractionstheorie wird im zweiten Abschnitte des vorliegenden Bandes eingehend gezeigt, dass die ihr zu Grunde liegenden Anschauungen über die Structur der Muskelfasern mit

Digitized by Google

den bisherigen Ergebnissen der histologischen Forschung sich sehr wohl vereinigen lassen, ja dass die besonderen Structureigenthümlichkeiten der verschiedenen Arten der Muskelfasern, in erster Linie der quergestreiften Fasern, durch die aufgestellte Theorie in einfacher Weise vollkommen verständlich gemacht werden. Denn es lässt sich jetzt die Structur der quergestreiften Fasern als eine solche begreifen, welche eine bessere Ausnutzung der bei der Erregung auftretenden Kräfte ermöglicht, als die Structur der glatten Fasern. Auch die Veränderungen, die man auf mikroskopischem Wege an den im Zustande der Contraction befindlichen Muskelfasern, ihren verschiedenen Abschnitten und Bestandtheilen beobachtet hat, werden als mit der neuen Gesammtanschauung gut vereinbar nachgewiesen. Es werden endlich die pathologischen Veränderungen erklärt, z. B. die Myotonia congenita so, dass in den erkrankten Muskeln eine Differenzirung des Muskelsaftes in zähe und flüssige Masse nicht gehörig vor sich gegangen sei, vielmehr die zäheren Partien und die trophischen Functionen des Muskelsaftes zu sehr das Uebergewicht behalten haben.

An dieser, hier nur sehr unvollständig anzudeutenden Theorie der Muskelcontraction glaubt der Verf. selber acht Vorzüge vor den bisherigen Ansichten feststellen zu können. Um die gewiss nicht fehlenden Mängel zu erkennen, wird es nöthig sein, den zweiten Band des Werkes abzuwarten. Insbesondere glauben wir, dass das versprochene Capitel über Arbeitsleistung und Wärmebildung des Muskels, wenn anders es auf den nach *Heidenhain*'s Versuchen zu erschliessenden Zusammenhang zwischen Dissociationen im endo- und exothermischen System und der Formel $d \log n K / d T = q / 2 T^2$ eingeht, der Durchführung der neuen Lehre Schwierigkeiten bereiten könnte. Immerhin darf der Ref. wohl schon jetzt auf einige Kleinigkeiten hinweisen. Es werden manchmal mit wenigen Worten, oft blos durch ein „bekanntlich" Dinge erledigt, die in Wirklichkeit einer mehrfachen Ausdeutung fähig sind; vielfach stützt der Verf. sich auf histologische Details, die als gänzlich unzuverlässig bezeichnet werden müssen und zum kleinen Theil vielleicht nur von *Rollett* gesehen worden sind. Hr. *Müller* führt uns ferner mit seinen Ueberlegungen nicht selten an einen Punkt, wo einige wenige Beobachtungen die Lösung hätten ermöglichen gekonnt: aber diese Beobachtungen hat der Herr Verf. nicht gemacht. Dafür, dass die Theorie der Nervenerregung und die zweifellos vorhandenen Beziehungen zum Pflanzenleben vernachlässigt sind, wird der Verf. wohl seine Gründe gehabt haben. Aber zu der im Anhang gegebenen Betrachtung über die Osmose muss ich doch bemerken, dass eine zwingende Nothwendigkeit, in die Theorie der Osmose die der Quellung einzuführen, mir nicht nachgewiesen zu sein scheint. Was an *M.*'s Theorie der Osmose richtig ist, haben m. W. bereits *Liebig* (Annalen der Chemie und Pharmacie CXXI, 78; 1862) und *Lothar Meyer* ausgesprochen, desgleichen findet sich die Erklärung des Aufsteigens der Pflanzensäfte von der Wurzel bis zur Krone anderwärts (z. B. *Graham-Otto*,

Digitized by Google

Ausführl. Lehrb. der Chemie I, 1 S. 131). Aber freilich tritt auch in diesem Anhange die im Haupttheile des Bandes durchgängig vorhandene Schärfe, Klarheit und Gründlichkeit des Gedankenganges mehrfach hervor.

Stumpf, Carl, Tonpsychologie, Bd. I, 1883, Bd. II, Leipzig, 1890.

Ehe wir näher auf den Inhalt des uns hier beschäftigenden zweiten Bandes eingehen, wird zweckmässig eine kurze Uebersicht über die Hauptpunkte des ersten Bandes vorausgeschickt werden dürfen. Das Referat schliesst sich möglichst wortgetreu an den Text des Werkes an.

1. Wenn wir eine Empfindung als den Ton a bezeichnen, so drücken wir damit ein Sinnesurtheil aus, d. h. ein auf sinnliche Erscheinungen bezügliches und durch sie hervorgerufenes Urtheil. Es fragt sich, in wie weit ein solches Sinnesurtheil zuverlässig ist. Das wird einmal von der Empfindlichkeit des Individuums, zum andern von der richtigen Auffassung der mehrweniger fein wahrgenommenen Empfindungen abhangen. Unter den Einflüssen, die auf die Zuverlässigkeit der Tonbeurtheilung einwirken, stehen Aufmerksamkeit, Uebung und Ermüdung obenan. Daneben kommen Erinnerungen an frühere Erfahrungen und die Mithülfe anderer Sinne in Betracht. So wird Einer, dem es zweifelhaft bleibt, welcher von zwei Tönen der höhere sei, vielleicht versuchen, sie zu singen, also den Muskelsinn des Kehlkopfes fragen.

2. Wenn wir den einen Ton als hoch, den andern als tief bezeichnen, so fragt sich zunächst, wie wir zu dieser Differenzirung gelangen. *Stumpf* hält es für wahrscheinlich, dass die Unterscheidung auf Grund eines unmittelbaren Qualitätenurtheils erfolgt, wonach eine Art Steigerung in den Tönen unmittelbar und zwar schon in je zweien erkannt werden kann. Hinzu treten als Hülfe eine Anzahl mittelbarer Kriterien, von denen die Muskelempfindung im Kehlkopfe, welche wir bei der Erzeugung eines Tones erhalten, die wichtigste zu sein scheint. — 3. Es fragt sich ferner, woher die Uebertragung räumlicher Vorstellungen auf das Tongebiet, die wir mittelst der Bezeichnungen „hoch“ und „tief“ ausüben, kommt. Diese Raumsymbolik bei Tönen zergliedert *Stumpf* in einer methodologisch vielleicht nicht ganz einwandsfreien Weise. Indem er nämlich diejenigen Eigenthümlichkeiten aufzählt, welche sich regelmässig mit der Tonqualität verändern und mit der Tonreihe parallel laufende Reihen bilden, findet er hierin selbst die Erklärung für die allgemeine Auffassung derselben als einer von der Tiefe zur Höhe fortschreitenden Scala. Solcher Eigenthümlichkeiten gibt es folgende. a) Jeden Ton begleitet ein gewisses Klangfarben-Gefühl: wir sprechen von dumpfen, hellen, scharfen Klängen. b) Die tiefen Töne besitzen im Allgemeinen geringere Glätte und c) geringere Empfindungsstärke. Ihnen kommt d) in der Vorstellung eine grössere Ausdehnung, e) ein langsameres Anklingen wie Abklingen und eine längere Beurtheilungszeit zu, als den höheren. — 4. Sind in diesen Bestimmungen die wichtigsten Bedingungen der Beurtheilung von

Digitized by Google

Tönen enthalten, so versucht *Stumpf* auch die Bedingungen der Zuverlässigkeit solcher Urtheile zusammenzustellen. Auf die Zuverlässigkeit der Urtheile über Töne an sich ist von Einfluss: a) Der Unterschied verglichener Töne, ausgedrückt durch die Differenz ihrer Schwingungszahlen. Es ist klar, dass Vergleichungen leichter und weniger schwankend erfolgen, je grösser diese Differenz. b) Die absoluten Qualitäten verglichener Töne, ausgedrückt durch ihre absoluten Schwingungszahlen. c) Die individuelle augenblickliche Disposition des Gehörorgans. d) Die Dauer, zeitliche Distanz und Lage der Töne. e) Der Umstand, ob gleichzeitig oder ungleichzeitig gehört wird. f) Die Klangfarbe und deren Ungleichheiten; mit anderen Worten, die durch beigemischte Obertöne und Geräusche bedingten Gefühle. (Die Bezeichnung der Klangfarbe als ein „Gefühl" erscheint dem Ref. bedenklich.) g) Die Stärke und der Stärkenunterschied der Töne. Geringe absolute Stärke und jede Ungleichheit der Stärke zweier Töne sowie Stärkeschwankungen beeinträchtigen die Zuverlässigkeit des qualitativen Urtheils. h) Der augenblickliche Aufmerksamkeitsgrad, i) das augenblickliche Gedächtniss für Klänge von der Art der zu beurtheilenden; allgemeiner ausgedrückt: der Uebungsgrad hinsichtlich solcher Vorstellungen.

Während also der erste Band hauptsächlich die Urtheilserscheinungen bei aufeinanderfolgenden oder isolirten Tönen zum Gegenstand hatte, untersucht sie der zweite Band bei gleichzeitigen Tönen. Es können bei Einwirkung einer zusammengesetzten Schwingung auf das Ohr während einer nicht allzu kurzen Zeit entweder mehrere Empfindungen gleichzeitig oder nach einander nur Eine Empfindung vorhanden sein. Hr. *St.* trennt dementsprechend eine Mehrheitslehre, wonach wir mehrere Töne streng gleichzeitig hören können; eine Wettstreitslehre, wonach die Gleichzeitigkeit Täuschung ist und in Wahrheit ein rascher Wechsel der Töne in der Empfindung stattfindet; und eine Einheitslehre, wonach die Mehrheit Täuschung ist und wir in Wahrheit die allezeit streng einfache Empfindung blos auf eine Mehrheit objectiver Töne beziehen. Der Verf. macht die Mehrheitslehre zu seiner Anschauung. Zwar birgt sie eine Anzahl von Schwierigkeiten in sich, aber selbst die bedenklichste unter ihnen: dass nämlich gleichzeitige Töne schwerer unterscheidbar sind als auf einander folgende, obwohl zwei Empfindungen im Allgemeinen um so leichter beurtheilt werden, je mehr sie sich zeitlich nähern, auch diese Hauptschwierigkeit ist nicht unüberwindbar. Denn in unserem Falle kommt, wie überhaupt vielfach im Empfindungsleben, ein neues Verhältniss hinzu, das die Zerlegung erschwert. Alle Wahrnehmungsqualitäten treten, wenn sie aus aufeinanderfolgenden in gleichzeitige übergehen, ausser in dieses Verhältniss der Gleichzeitigkeit noch in ein anderes Verhältniss, dem zufolge sie als Theile eines Empfindungsganzen erscheinen. Diese allgemeine Thatsache der Verschmelzung ist der Grund, weshalb das an sich richtige Beweismittel gegen die Mehrheitslehre doch nicht Stich hält; denn die Folge der Verschmelzung ist, dass mit höheren Stufen derselben der

Digitized by Google

Gesammteindruck sich unter sonst gleichen Umständen immer mehr dem Einer Empfindung nähert und immer schwerer analysiert wird. — Dem Ref. scheint, dass der Begriff der Verschmelzung, der einen Mittelpunkt des zweiten Bandes der Tonpsychologie bildet, im Wesentlichen auf den alten Begriff der Bewusstseinseinheit zurückgeht. Einheit des Bewusstseins bezeichnet zunächst die Eigenschaft unseres Seelenlebens, dass in ihm die Thatsache des Vergleichens möglich ist. Denn zum Vergleichen gehört, dass zwei unterschiedene Vorgänge doch zu einer Einheit synthetisirt werden: zwei Nuancen der Farbe Roth müssen, um mit einander verglichen werden zu können, in ihrer Unterschiedenheit erhalten, gleichzeitig im Bewusstsein existiren. Die so verstandene Einheit des Bewusstseins ist ausschliesslich der psychischen Thätigkeit eigen; in der Aussenwelt sind alle Grössen entweder raum-zeitlich getrennt, oder untrennbar und ununterscheidbar zu einer Einheit verschmolzen, physikalisch bilden also Verschiedenheit und Einheit contradictorische Gegensätze. Diese Thatsache, dass innere Zuständlichkeiten unvermischt in die untheilbare Handlung der Vergleichung eingehen, bildet auch die Grundlage der Continuität unseres Bewusstseins; sie ermöglicht ferner, dass aus einer Anzahl von Sinnesempfindungen die Wahrnehmung eines dinglichen Objectes entsteht; sie bringt es endlich zuwege, dass aus Einzelvorstellungen, Einzelgefühlen, Einzeltrieben in ansteigendem und sich verjüngendem Aufbau die immer voller und lebendiger werdenden höheren Zuständlichkeiten des Bewusstseins entstehen, ohne dass doch die genannten Elemente als Elemente (etwa wie die Factoren im Product) verschwänden.

Der Hr. Verf. bespricht nun im Einzelnen die Grade der Tonverschmelzung. Sie tritt in fünf Hauptstufen auf, und zwar in abnehmender Reihenfolge bei der Octave, Quinte, Quarte, den Terzen und Sexten, endlich den übrigen Toncombinationen. Ihre Erklärung soll nur physiologisch möglich sein und auf den Begriff „specifischer Synenergien“ führen. Ref. hält diese Ausdehnung des Wortes specifischer Energien sowie eine andere von Hrn. *Stumpf* in betreff der Localisation geübte für nicht glücklich. Ueberhaupt scheint ihm der Excurs über die specifischen Energien, der etwa dem meisterhaften Excurs über die Relativitätslehre im ersten Bande entspricht, nicht in allen Stücken zuzutreffen. Es folgen Betrachtungen über den Einfluss der Aufmerksamkeit auf die Analyse von Klängen und über die Bedingungen ihrer Zuverlässigkeit; hieran schliesst sich eine wohl kaum weit genug ausgreifende Beschreibung individueller Unterschiede. — Ist bis dahin ausschliesslich von Urtheilen über Einheit oder Mehrheit die Rede gewesen, so handeln die §§ 25, 26 von Qualitäts- und Intensitätsurtheilen über zusammengesetzte Klänge und deren Theile. Die beiden letzten Paragraphen besprechen besondere Erscheinungen, welche vorwiegend an gleichzeitige Töne gebunden sind: Schwebungen, Geräusche, Klangfarbe. Namentlich die Untersuchungen über das Wesen der Klangfarbe bilden ein Meisterstück jener begriffsanalytischen, fast möchte m

Digitized by Google

sagen logischen Psychologie, die der *Brentano*'schen Schule und auch dem Hrn. Verf. eigen ist. Das Material an eigenen Versuchen, das der vorliegende zweite Band enthält, ist nicht sehr gross und nicht eben einwandfrei; aber die ausgedehnte Kenntniss *Stumpf*'s innerhalb seines Forschungsgebietes und die Genauigkeit der Ueberlegung sichern dem Werke einen hervorragenden Platz in der neueren Fachliteratur.

Michelson, Eduard, Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes. Diss. Dorpat, 1891.

Bereits 1862 hat ein Schüler *Fechner*'s, Hr. *Kohlschütter*, versucht, die Stärke des Schalles, die nöthig ist, einen Schläfer zu wecken, zur Messung der Tiefe des Schlafes zu verwenden. Erneute Versuche in dieser Richtung stellten zwanzig Jahre später die Herren *Moenninghoff* und *Piesbergen* auf Veranlassung von *Vierordt* an. Allein die von ihnen und *Kohlschütter* geübte Technik unterliegt mehreren Einwänden, so dass der Hr. Verf. auf *Kräpelin*'s Rath die Untersuchung der Frage wieder aufnahm. Das allgemeine Ergebniss ist in einer Curve dargestellt. Bis zur zweiten [1]) Viertelstunde verläuft sie ganz niedrig, steigt aber während der folgenden halben Stunde steil an und erreicht so nach $^3/_4$ Schlafstunden ihr Maximum. Mit einer anfänglichen Senkung verharrt sie eine halbe Stunde lang auf jenem, um dann ebenso steil abzufallen, und am Schluss der 2. Stunde in etwas langsamerem Tempo ihr erstes Minimum zu erreichen. Von diesem Zeitpunkte an vollführt sie vier im Vergleich mit der ersten geringgradige Erhebungen und verläuft vom 2. Viertel der 7. Stunde an ganz gleichmässig niedrig. Die vier Schwankungen lassen eine gewisse Gesetzmässigkeit erkennen — die Tendenz der Curve zu suchen. Der Gipfelpunkt jeder folgenden Schwankung liegt niedriger als derjenige der vorhergehenden, ebenso der Fusspunkt fast jedes Abstieges. Der Anstieg ist in den ersten beiden Schwankungen steil, in den zwei letzten flacher, der Abfall in allen flach. Die Dauer variirt zwischen $^1/_2$ und $1^1/_2$ Stunden und zeigt in der Aufeinanderfolge keine Regelmässigkeit, indem die letzte Schwankung die kürzeste ist, die vorletzte am längsten sich ausdehnt.

Lehmann, Alfr., Kritische und experimentelle Studien über das Wiedererkennen. Philos. Stud. VII, 2.

Schon vor 2 Jahren hat Hr. *Lehmann* (Phil. Stud. V, 1) in einer besonders gegen Hrn. *Hoeffding* gerichteten Abhandlung am Wiedererkennen die beiden Haupttheorien der Association auf ihren Werth geprüft. Die eine Theorie, die „Aehnlichkeitshypothese", sieht die Ursache aller Association in einem inneren Verhältnisse, einer Verwandtschaft der zu verbindenden Vorstellungen; die andere, die „Berührungshypothese", leugnet die

[1]) Im Text (S. 28) steht durch einen unliebsamen Druckfehler „bis zur ersten Viertelstunde".

Digitized by Google

Nothwendigkeit einer Verwandtschaft und findet überall nur ein äusseres Berührungsverhältniss, das die Vorstellungen an einander knüpfen soll. Nun scheint im Wiedererkennen einfacher Empfindungen ein Fall vorzuliegen, der sich leicht mittels der ersten, schwer durch die zweite Theorie erklären lässt. Denn vom Standpunkte der Berührungstheorie aus kann man sich ein solches Wiedererkennen nur unter zwei Voraussetzungen möglich denken, nämlich entweder insofern von einer früheren Empfindung ein Erinnerungsbild bestände, mit dem die später auftretende Empfindung sich vergleichen liesse, oder insofern sich an die Sinnesempfindung associativ ein Name, d. h. eine nähere Bestimmung geknüpft hätte, die bei dem nachherigen Auftauchen der Empfindung reproducirt werden könnte. Beide Voraussetzungen nebst den aus ihnen sich ergebenden Folgerungen hat der Hr. Verf. bereits früher wahrscheinlich zu machen versucht. In seiner neuesten Arbeit geht er näher auf *Hoeffding*'s Einwendungen gegen seine Ansicht ein und sucht sie durch experimentelle Untersuchungen über das Wiedererkennen von Geruchs- und Schallempfindungen zu stützen.

Kuelpe, Oswald, Ueber die Gleichzeitigkeit und Ungleichzeitigkeit von Bewegungen. I, II Philos. Stud. VI, 4 u. VII, 1.

Aus der bekannten Unterscheidung der Reactionen in musculäre und sensorielle leitete der Hr. Verf. die Vermuthung ab, dass auch für ganz automatische Bewegungen oder Coordinationen die Beschaffenheit der der Bewegung vorausgehenden psychophysischen Disposition nicht gleichgültig sei. Es zeigte sich, dass zu den beiden genannten Reactionen noch zwei andere Formen hinzutreten, die „vorbereitete" und die „unvorbereitete" Willkürreaction, und es ergab sich aus längeren Versuchsreihen eine gesetzmässige Abhängigkeit der als gleichzeitige beabsichtigten Hebungen beider Hände von der allgemeinen psychophysischen Vorbereitung dieser Bewegungen. Im Einzelnen ist die Bevorzugung einer Hand bei dem Bewegungseintritt geknüpft an eine bestimmte Reactionsform, ferner steht die Grösse der Abweichung von der Gleichzeitigkeit in Beziehung zu der musculären oder sensoriellen Einstellung, endlich sind die Schwankungen um den Mittelwerth bei den einzelnen Versuchen von verschiedener Höhe je nach der vorbereitenden Disposition. Die Gründe für die mehrweniger hervortretende regelmässige Bevorzugung der einen oder andern Hand bei „gleichzeitiger" Hebung beider können gefunden werden durch Variirung dreier Factoren: des Sinneseindruckes, der die Reaction auslöst, der Empfindungen aus den Bewegungsorganen und der vorbereitenden Aufmerksamkeit. Während die ersten beiden Factoren durch besondere Experimente als unwichtig nachgewiesen werden, scheinen Veränderungen in der vorbereitenden Aufmerksamkeit sich in der That so geltend zu machen, dass eine Bevorzugung der einen oder anderen Hand bei der Vorstellung

Digitized by Google

der Bewegung die raschere Hebung der betr. Hand herbeiführt. — Ueber den Schluss der Arbeit, dessen Erscheinen leider verzögert worden ist, kann erst im nächsten Sem.-Berichte referirt werden.

Scripture, E. W., Ueber den associativen Verlauf der Vorstellungen. Phil. Stud. VII, 1.

Eine systematische Untersuchung der Associationsprocesse haben *Galton* und in engeren Grenzen *Trautscholdt*, *Münsterberg* und *Ebbinghaus* angestellt. Hr. *Scripture* bemühte sich, einerseits die Methode zu verbessern, andererseits den qualitativen Verlauf der Vorstellungen in den Mittelpunkt zu rücken. Die Experimente waren der Hauptsache nach die, dass einer Versuchsperson während vier Secunden eine Karte gezeigt wurde, auf die Bilder, Zeichen oder Wörter der verschiedensten Art geklebt waren. Die Karten sah die Person im Dunkelzimmer während der Beleuchtungszeit von 4 Sec. In der Finsterniss erschien plötzlich ein weisses Rechteck mit einem Bild oder einem Wort darin; nach kurzer Zeit verschwand es, und es war alles wieder finster. Sobald er wollte, durfte der Beobachter angeben, welche Vorstellung er associirt hatte; aber nach dem Verschwinden des Bildes durfte er nichts mehr associiren. Als primäre Eindrücke dienten auch Farben, Schall-, Berührungs- und Geschmacksreize. — Der Hr. Verf. glaubt in der Fülle der Einzelergebnisse vier Grundvorgänge zu erkennen, die nicht weiter rückführbar sind. Es treten fortwährend unabhängig Vorstellungen auf, die auf den vorhandenen Bewusstseinsverlauf einwirken: das Auftreten und Vorbereiten der Vorstellungen kann „Process des Vorbereitens", das Eingreifen in den Verlauf „Einwirken" der Vorstellungen genannt werden. Zu schon im Bewusstsein vorhandenen Vorstellungen werden ferner andere Vorstellungen hinzugefügt: „Process des Hinzufügens". Neue einwirkende Vorstellungen bestimmen jedoch nur einen Theil des Ablaufes, denn auch ältere, aus dem Bewusstsein verschwundene Vorstellungen wirken auf spätere Bewusstseinszustände ein: „Nachwirken der Vorstellungen".

Scripture, E. W., Zur Definition einer Vorstellung. Phil. Stud. VII, 2.

Eine Empfindung ist ein nicht weiter zerlegbares Element, ein psychisches Atom. Eine Vorstellung ist die Summe derjenigen Empfindungen, die zu einer Einheit zusammengefasst sind, und unterscheidet sich durch diese Einheitlichkeit von anderen Empfindungsmischungen. Einzelvorstellungen sind diejenigen Vorstellungen, welche nicht in Theile zerlegt sind; eine Gesammtvorstellung ist diejenige Vorstellung, welche in einzelne Vorstellungen zerlegt wird oder aus ihnen zusammengesetzt worden ist. Jene aber gehen fortwährend in diese und umgekehrt diese in jene über: der Tisch kann eine Gesammtvorstellung sein und sich in seine Theile zerlegen, oder als Theil in die Gesammtvorstellung eines Zimmers eingehen.

Digitized by Google

***Wundt, W.*, Zur Frage des Bewusstseinsumfanges. Phil. Stud. VII, 2.**

Hr. *Wundt* hatte bereits früher auseinandergesetzt, wie er sich den Zustand einer Reihe rasch auf einander folgender Pendelschläge im Bewusstsein in dem Augenblicke, wo das letzte Glied der Reihe ins Bewusstsein getreten ist, vorstelle. Die Reihe a b c d e f . . . m, in welcher m die zuerst, a die zuletzt eingetretene Vorstellung bezeichnet, kann nach *Wundt*'s Meinung dann als identisch mit einer vorangegangenen gleichen Reihe unmittelbar anschaulich aufgefasst werden, wenn die Reihe a b c d . . . m in dem Augenblick, wo a eintritt, als ein simultanes Ganzes im Bewusstsein steht, d. h. wenn m noch nicht verschwunden ist, während a eintritt. Gegen diese Anschauung hat Hr. *Schumann* in der Zeitschr. für Psychol. (II, 116) zwei Einwände erhoben, deren einer sich auf die Selbstbeobachtung, deren anderer sich auf allgemeine psychophysische Betrachtungen stützt. Gegen beide Bedenken polemisirt Hr. *Wundt* und verwirft auch Hrn. *Schumann*'s Theorie, die darin besteht, dass eine Gruppe gleicher successiver Gehöreindrücke, wie sie durch ihre Anzahl charakterisirt ist, in das Gedächtniss aufgenommen werden kann, und dass die Versuchsperson demgemäss, wenn sie zwei solche Gruppen mit einander vergleicht, bei der zweiten Gruppe unwillkürlich die in das Gedächtniss aufgenommene erste Gruppe reproducirt und in Folge dessen jedem Schlage mit der Erwartung entgegenkommt, bis die Anzahl der Schläge derjenigen der ersten Gruppe gleich geworden ist.

***Higier, Heinrich*, Experimentelle Prüfung der psychophysischen Methoden im Bereiche des Raumsinnes der Netzhaut. Philos. Stud. VII, 2.**

Der Hr. Verf. prüfte die von *Fechner* sogenannten extensiven Grösssen mit Hülfe eines von Hrn. *Kräpelin* erdachten Apparates, durch den beliebig lange und mit einander zu vergleichende Strecken einer schmalen Lichtlinie dem Auge des Beobachters dargeboten wurden. Die Distanzen wurden nun nach der Methode der mittleren Fehler und derjenigen der richtigen und falschen Fälle untersucht; es zeigte sich, dass bei dieser die constanten Fehler kleiner sind. Sie bestehen nämlich darin, dass bei der Methode der richtigen und falschen Fälle erstens mehr richtige Fälle bei negativen als bei gleich grossen positiven Reizdifferenzen erhalten wurden, d. h. dass die Vergleichsdistanz richtiger geschätzt wurde, wenn sie kleiner als die Hauptdistanz war, und dass zweitens bei linker Raumlage der Normaldistanz dieser Vorzug der negativen Reizdifferenzen am ausgesprochensten war. Bei der Methode der mittleren Fehler wurde ein ganz ähnliches Verhalten festgestellt. Die Erklärung des Fehlers findet Hr. *Higier* theils in der zeitlichen Aufeinanderfolge des Normal- und Vergleichsreizes, theils in der einäugigen Ausführung der Versuche, theils in Augenmuskelbewegungen. Den Beschluss der nicht gut durchdachten Arbeit bilden Experi-

Digitized by Google

mente mit Gleichheitsfällen und nach der Methode der doppelten Reize und der Multipla. (In Betreff der Methoden vergl. das Referat über *Kräpelin* im letzten Sem.-Bericht.)

***Stumpf, Carl, Wundt's* Antikritik. Zeitschr. für Psychol. II, 266. — *Wundt, Wilh.*, Eine Replik *C. Stumpf's*. Phil. Stud. VII, 2.**

Fortsetzung des unerquicklichen Streites über die Vergleichung von Tondistanzen — aller Voraussicht nach leider nicht zugleich auch Schluss.

***Nichols, Herbert*, The psychology of time. The Americ. Journ. of Psychol. IV, 1.**

In Fortsetzung der vor einem halben Jahre an dieser Stelle erwähnten geschichtlichen Uebersicht über die Lehren vom Zeitsinne gibt der Hr. Verf. eine Darstellung seiner eigenen Versuche. Sie umfassen 50000 Einzelurtheile von 27 Personen und erstrecken sich hauptsächlich auf die Intervalle 0,25, 0,50, 0,75, 1,25, 1,75 Sec. An Stelle der ungenauen Metronome wurde ein eigenes construirtes Pendel verwendet, dessen Schlagintervalle die Versuchsperson mittels eines anderen Instrumentes möglichst genau nachzuahmen gehalten war. Es zeigte sich, dass, wenn längere Zeit hindurch ein bestimmtes Intervall reproducirt worden war, einerseits die Fehler für dieses kleiner, anderseits andere Intervallangaben hierdurch beeinflusst wurden. Die Aufmerksamkeit, anhaltend auf einen rhythmisch wiederholten Impuls gerichtet, führt in dem entsprechenden Nervencentrum eine Neigung zur Wiederholung dieses Impulses herbei, eine Neigung, welche darauf folgende Zeiturtheile verändert. — Die allgemeinen Anschauungen, die Hr. *Nichols* aus seinen Experimenten und zu ihrer Erklärung entwickelt, sind kurz folgende. Alle seelischen Vorgänge nebst den entsprechenden nervösen Processen besitzen eine gewisse Dauer, d. h. verlaufen in der Zeit. Werden sie als Dauer habende percipirt oder appercipirt, so entsteht ein Zeiturtheil. Letzteres ist daher ein Process und kein Zustand: eine bestimmte begrenzte Zeit ist ein bestimmter begrenzter Vorgang. Wie lang diese Zeit auch sein mag, es ändert nichts an den Charakter des Urtheils über sie, nur besteht ein von dem Hrn. Verf. vielleicht übertriebener Unterschied zwischen ihrer Perception und ihrer Apperception. Von grösster Bedeutung sind die Einflüsse des Körpers sowie der Umgebung, und zweitens der ihnen entsprechenden Empfindungen und Erinnerungsbilder; darüber hinaus einen besonderen „Zeitsinn" anzunehmen liegt keine Veranlassung vor.

***Sandford, Edmund C.*, A laboratory course in physiological psychology. Americ. Journ. of Psychol. IV, 1.**

Der Hr. Verf. geht von der richtigen Ansicht aus, dass der Student der Psychologie eine erfahrungsmässige Kenntniss der wichtigsten Thatsachen dieser Wissenschaft erhalten muss, wozu aber die üblichen paar

Digitized by Google

Modelle (Auge, Gehirn u. s. w.) nicht ausreichen. Er stellt daher zunächst alle die Experimente zusammen, die sich ohne kostspielige Apparate an die Lehre von den Empfindungen des Hautsinnes anschliessen lassen, und gibt ausreichende Stellennachweise aus der Literatur. Das Unternehmen, das fortgesetzt werden soll, verdient höchstes Lob.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien.

Kretschmar, F., **Die Unvollkommenheit der heutigen Psychiatrie und die Mangelhaftigkeit der deutschen Irrengesetzgebung mit Entwurf einer neuen Irrenprocessverordnung. — Leipzig (Verlag Uhlig) 8°, 93 S.**

Verf. geht von der Thatsache (!) aus, dass völlig geistig gesunde Personen von Irrenärzten und Gerichten für wahnsinnig erklärt wurden. Er beruft sich auf das Urtheil der Betroffenen selbst „die doch einer gewissen praktischen Sachkenntniss nicht entbehrten", auf dessen Unterstützung durch Juristen (!) und Irrenärzte ersten Ranges (?!) sowie der Presse.

Speciell erwähnt er als Beweis die Publicationen solcher unschuldig Verurtheilter selbst, hat aber das Unglück, fast nur solche zu citiren, deren geistige Störung wissenschaftlich erwiesen ist oder deren Publication als solche den Stempel des Krankhaften an sich trägt.

Die angebliche Zunahme der Geisteskrankheiten kommt wesentlich davon her, dass die heutige Welt mit der Annahme einer geistigen Erkrankung gleich bei der Hand ist, wenn etwas nicht in den hergebrachten oder beliebten Rahmen passt.

Am Ende ist kein Mensch mehr sicher, von seinen Gegnern unter die „psychopathische Loupe" genommen zu werden.

Auch von dem „gespenstischen Knochenarme der psychiatrischen Vehme" spricht Verf. In herber Kritik und drastischen Worten wird über die gegenwärtige Gesetzgebung und Rechtsübung in Irrenfragen losgezogen. Auch die heutige Psychiatrie verhält sich zu einer wirklichen Wissenschaft wie s. Zt. die Alchymie zur heutigen Chemie. Die wissenschaftliche Grundlage einer vor Verf. Gnade findenden Psychiatrie könnte nur die moralische Biologie sein, aber diese existirt als Wissenschaftsgebäude noch nicht. Auf die Ausführungen des Verf.'s einzugehen ist nicht möglich; ebenso wenig können seine „Entwürfe zur reformirten Irrengesetzgebung" hier erwogen werden, aber es ist auch nicht nöthig da jeder Psychiater gewiss die Broschüre, in welcher soviel Belehrendes, Erbauliches — und Psychologisches zu finden ist, lesen und sich sein Urtheil selbst bilden

Digitized by Google

wird. Dem Wunsche des Verlegers folgend, sei noch erwähnt, „dass die Verlagshandlung bei vorheriger Einsendung des Betrages (2 Mark, auch Briefmarken) das Buch franco per Post versendet."

Savage, H., **The Plea of Insanity. (Mind, April.) Vortrag gehalten in der Med.-Psycholog. Assoc. am 20. Nov. 1890.**

Ausgezeichnete, klare Darstellung der Pflichten und Aufgaben des Arztes bei der Begutachtung des Geisteszustandes von Angeklagten, mit werthvollen, auf reiche Erfahrung gegründeten Hinweisen auf die vielfältigen Schwierigkeiten dabei und deren Begegnung; eine Kritik ferner des gegenwärtig in England üblichen Verfahrens und Vorschläge zur Verbesserung desselben.

Ein anderer Artikel derselben Nummer, betitelt:

Plea of Insanity in Criminal Cases,

berichtet weiter über diese Versammlung und gibt einen kurzen historischen Ueberblick über die Bestrebungen der Gesellschaft seit 1868, die Function der Psychiatrie in foro zu regeln und zu fördern. Der heutige Zustand der englischen Gesetzgebung in dieser Beziehung wird erörtert und als unbefriedigend bezeichnet, und der Wunsch nach einer einheitlichen und endgiltigen Ordnung des Verfahrens in Fällen zweifelhafter Geistesbeschaffenheit bei Verbrechern ausgesprochen. —

Von Interesse erscheint es, die in dem Bericht des Referenten der Gesellschaft aus dem Jahre 1883 aufgestellte theoretische Forderung zu citiren: „Bei einem idealeren Zustande der Gesellschaft als der gegenwärtige ist, würde die Klasse der irren Verbrecher verschwinden, weil niemand verurtheilt würde, ohne dass man sich vorher über seinen Geisteszustand Gewissheit verschafft hätte, anstatt dass dieses, wie es jetzt so häufig vorkommt, erst nachher geschieht, und ferner, weil als geisteskrank bekannte Personen von vorneherein unter Controlle gestellt würden, und nicht, wie jetzt, erst nachdem sie irgend einen alarmirenden Akt von Todtschlag oder sonstiger Gewaltthat vollführt haben. *Boeck.*

Chambard, **Wichtigkeit der Anamnesen bei der Beurtheilung psychiatrischer Fälle. Annales médico psychologiques. März.**

Verf. rügt mit Recht die Mangelhaftigkeit der Anamnese bei der Aufnahme von Kranken in Anstalten und weist auf die Wichtigkeit derselben für die Beurtheilung hin.

Es sei z. B. nicht gleichgültig zu wissen, ob ein Potator durch hereditäre Belastung oder Zufall Trinker geworden, ob er zum erstenmal krank sei oder nicht, ob er bisher harmlos war oder schon offensiv u. s. w.

Verf. zeigt dies an einem Fall aus seiner Erfahrung, in welchem ein Kranker ohne Anamnese ankam, den Typus des Entartungsirreseins bot, alle Belastung in Abrede stellte, nicht ungewandt Alles Gravirende seiner

Digitized by Google

Lebensgeschichte verschwieg, dissimulirte, aber bei Eruirung seiner Vita anteacta sich als ein gefährlicher Irre mit criminellen Antecedentien auswies, was für die Frage seiner Entlassbarkeit sehr ins Gewicht fiel.

Verf. dringt darauf, dass in Frankreich die Behörde verhalten werde, den Anstalten wichtige Thatsachen, wie z. B. Vorbestrafungen, frühere Aufnahmen in anderen Anstalten, die Motive und Umstände der gegenwärtigen Aufnahme mitzutheilen. Auch die hereditären Beziehungen des Kranken sind von grosser Bedeutung.

Macdonald, Arthur, Ethics as applied to Criminology. (Mind, Januar.)

Der Verf. klassificirt „Verbrechen" als eine von den verschiedenen in einander übergehenden Formen des Pathologischen und Abnormen und zwar als die höchste Steigerung desselben. —

Als höchster Grad von „Verbrechen" könne definirt werden die Vernichtung der Existenz eines Anderen. Zur „Existenz" gehörig, als Bestandstücke der „Existenz" können aber alle Güter und Interessen des Individuums betrachtet werden; je nach dem jeweiligen Werth dieser einzelnen Factoren bestimmt sich dann die Grösse des durch das „Verbrechen" gesetzten Schadens, d. h. der Grad des Verbrechens. So gelangt der Autor zu dem „allgemeinsten, sociologischen, ethischen Princip" „die Idee (und das Maass) des Bösen wird bestimmt durch das Maass der moralischen, intellectuellen, physischen oder finanziellen Schädigung oder Gefährdung, welche ein Gedanke, ein Gefühl, ein Streben oder eine Handlung für die Allgemeinheit zur Folge hat." —

Aufgabe der „Ethik" ist, zu erforschen, „welches diese Gedanken, Gefühle, Bestrebungen und Handlungen sind". Physiologie, Psychologie, Pathologie mit allen ihren Hilfswissenschaften geben die Basis dazu ab. „Medicin ist die Wissenschaft der Zukunft." — Vom Studium des Verbrechens wird für die Ethik der vortheilhafteste Beitrag erhofft; „das Verbrechen ist das Experiment der Natur am Organismus der Gesellschaft".

Die Ausführungen zu diesen Gedanken sind dankenswerth genug, die theoretischen Grundlagen jedoch, vor allem die Begriffsbestimmungen des „Bösen" aus der gesetzten Wirkung, statt aus der verursachenden Absicht, können nicht klar und nicht stichhaltig befunden werden. Nach dieser Bestimmung würde Mephistopheles, der „.... stets das Gute schafft" des höchsten Lobes theilhaftig, und Faust, der im guten Glauben, gleich dem Vater „mit höllischen Latwergen weit ärger als die Pest gehaust," wäre als „Verbrecher" unschädlich zu machen. Auch dürfte die eudämonistische Beschränkung der Ethik zum mindesten nicht selbstverständlich sein. *Boeck.*

Siemens, Zur Frage der Entmündigung der Alkoholiker. Irrenfreund XXXII, Jahrgang No. 3 u. 4.

Der Gewohnheitstrinker ist ein körperlich und geistig krankhafter Mensch. § 361 des Strafgesetzbuches schützt nicht vor dieser Calamität,

Digitized by Google

denn er trifft nur den armen und den schon ganz heruntergekommenen Säufer. Dasselbe gilt wesentlich für die gesetzliche Möglichkeit, denselben als Verschwender zu entmündigen.

Die Nothwendigkeit, einer Bekämpfung der Branntweinpest durch die Legislative ist klar. Andere Staaten haben Gesetze erlassen. Auch in Deutschland hat man schon 1881 einen Anlauf dazu genommen. Einzelne Bestimmungen dieses bez. Gesetzentwurfes schiessen über das Ziel hinaus. Viel wichtiger sind fürsorgliche Bestimmungen bezüglich der Gewohnheitstrinker im Sinne ihrer zwangsweisen Unterbringung in Trinkerasylen.

Eine weiter gehende Forderung vieler Irrenärzte und Juristen ist die Entmündigung solcher Säufer. Sie fusst auf der Erkenntniss, dass der vorgeschrittene Trinker ein Geisteskranker ist. Leider ist diese Erkenntniss noch nicht Gemeingut.

Ist dies einmal der Fall, so bedürfen wir keiner besonderen gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Entmündigung der (geistesgestörten) Trinker.

Marandon de Montyel, **Ueber Alkoholepilepsie vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Annales d'hygiène publique. Juli.**

Verf. unterscheidet mit Recht den eventuell einmaligen eclamptischen Insult eines Menschen auf der Höhe einer schweren Berauschung von der bekannten im Verlauf des Alcoholismus chronicus oft erst spät auftretenden und in häufigen Anfällen sich äussernden Alkoholepilepsie. Die erstere (ivresse convulsive) geht rasch in Tod oder Genesung über. Die letztere, einmal vorhanden, äussert sich selbst bei geringfügigen Alkoholmengen, schwindet aber gewöhnlich bei fortgesetzter Abstinenz. Zuweilen besteht sie aber fort, wahrscheinlich weil der Alkoholmissbrauch gewebliche dauernde Veränderungen in epileptogenen Hirnbezirken hervorgebracht hat. Nicht selten besteht entweder eine sonstige hereditäre oder neurotische Prädisposition.

Zweifellos hat aber der Alkohol an und für sich eine epileptogene Wirkung, nicht blos der Absynth. Die klinischen Formen der Alkoholepilepsie sind ganz dieselben wie die der nicht alkoholischen.

Verf. berichtet folgenden forensischen Fall.

Am 27. April 1886 Nachmittags wurde O., Schuster, 31 Jahre, ledig, in Lyon verhaftet, weil er Jungen an sich gelockt, ihre Genitalien betastet und die unzüchtigsten Verlangen (succio mentulae u. s. w.) an sie gestellt hatte. O. gab den Thatbestand zu, entschuldigte sich mit Zuständen von Verwirrtheit, von welchen er zeitweise befallen werde.

Er war nicht betrunken, wusste am folgenden Tag nichts vom Vorgefallenen. Er behauptete, ihn verfolgende Schlangen zeitweise hallucinatorisch zu sehen.

Es wurde constatirt, dass er vom 26. früh ab, wo er sich unwohl gefühlt hatte und nach Genuss von einer geringen Menge Branntwein

Digitized by Google

heimgegangen war, absolut keine Erinnerung besass bis zum 27. früh. Während dieser Zeit hatte er einen epileptischen Insult gehabt, war dabei in den Fluss gefallen, herausgefischt worden und in ein Gasthaus gebracht worden. Als er in diesem am 27. früh zu sich kam, war er ganz erstaunt, erfuhr das Vorgefallene, betrübte sich über den Verlust seiner Baarschaft anlässlich des Falles ins Wasser. Er fühlte sich übel im Kopfe, trat neuerlich den Heimweg an und gerieth wieder in einen Zustand von Bewusstlosigkeit, der bis zum 3. Mai anhielt. Denn erst von diesem Tage ab wusste er sich seiner Erlebnisse wieder zu erinnern.

Schon 1884 hatte er in postepileptischem Zustand vor vielen Leuten Gräberverwüstungen begangen und war erst 2 Tage später im Gefängniss zu sich gekommen, mit totaler Amnesie für die Erlebnisse der letzten 2 Tage. Er wurde freigesprochen.

Ein Jahr später hatte er in analogem Zustand bei der Arbeit Lederwaaren zusammengerafft, die Flucht ergriffen, arretirt, behauptet er sei ein Deserteur. Erst am folgenden Tag war er amnestisch zu sich gekommen.

O. war Trinker, von jeher alkoholintolerant gewesen, hatte mit 25 Jahren seinen ersten epileptischen Insult gehabt, der sich seither auf Genuss selbst ganz geringer Alkoholquanta zu wiederholen pflegte, namentlich wenn er sich geärgert hatte. In der 3monatlichen Untersuchungshaft hatte der abstinirende O. niemals einen irgendwie gearteten epileptischen Insult. Er wurde freigesprochen.

O. war degenerativ, von abnormem Schädel, imbecill, aus schwer belasteter Familie. Er bot keine Zeichen von Alcoholismus.

O. war also Epileptiker, aber nicht mit Alkoholepilepsie behaftet, wie Verf. demonstrirt, sondern ein gewöhnlicher Epileptiker, degenerativ, alkoholintolerant und geneigt jeweils auf selbst geringe Quantitäten Alkohol in Form von Anfällen seiner Neurose zu reagiren.

***Wight*, *T. L.*, Observations on the Crimiminal Status of Inebriety. (The Alienist und Neurologist St. Louis, Januar.)**

Die Schrift polemisirt gegen die in der amerikanischen und englischen Jurisprudenz herrschende Ansicht, dass Trunkenheit nicht Geistesstörung sei und nicht von der Verantwortlichkeit befreie.

Die erstere Auschauung findet verblüffenden Ausdruck in dem vom Autor citirten Satz eines englischen juristischen Schriftstellers: „Hallucinationen und Illusionen, eine gewöhnliche Wirkung von Trunkenheit, scheinen, wenn sie durch diese Ursache herbeigeführt sind, nicht Geisteskrankheit zu begründen. Die zweite gibt der Paragraph des amerikan. Gesetzes wieder: Derjenige, welcher bei klarem Verstande sich freiwillig in einen Zustand bringt, von welchem er weiss, dass er in demselben nicht Herr seiner selbst ist, muss die Folgen dieser Handlung tragen, und wenn er hinreichend geistesklar ist, um mit Bewusstsein das Verbrechen

Digitized by Google

auszuführen, so muss von ihm angenommen werden, dass er dessen Ausführung vorbedacht hat. —

Dem gegenüber schildert der Autor, mit casuistischen Belegen, die depravirende Wirkung des Alkohols, die Schwächung und Störung der Sinne, die Trübung der Auffassung und des Urtheils, sowie die Lähmung der hemmenden Selbstcontrolle, um, was wohl als gelungen zu bezeichnen ist, die Trunkenheit als Geistesstörung und die Bestimmungen des amerikanischen Gesetzes als hinfällig zu erweisen. *Boeck.*

***Charpentier,* Ueber Kerkermelancholie. Annales medicopsychologiques No. 1. Januar-Februar.**

Verf. findet bei Verhafteten und bei Verurtheilten besondere Eigenthümlichkeiten des Krankheitsbildes, wenn sie an Melancholie erkranken. Aus seiner Darstellung gewinnt man aber den Eindruck, dass er offenbar noch physiologische Reactionszustände von blossem Affect, oft allerdings bei Belasteten, mit wirklicher Melancholie zusammenwirft.

***Garnier,* Die Melancholie und die gerichtliche Medicin. Doppelselbstmord. Strafbarkeit des Ueberlebenden, ebenda.**

Verf. bespricht die interessante Frage nach der Verantwortlichkeit desjenigen, welcher, nachdem er die Geliebte oder seine Familie, wenn auch mit deren Zustimmung getödtet oder verletzt hat, und, nachdem er sich selbst zu tödten versucht hatte, mit dem Leben davon gekommen ist. In solchen Fällen wird mit Recht eine psychiatrische Experte verfügt, denn ein psychischer Ausnahmszustand ist in der Regel zur Zeit des misslungenen Doppelselbstmordes vorhanden gewesen.

Verf. gibt ohne die Frage zu entscheiden, welche ja nur concret und klinisch gelöst werden kann, 2 Fälle, in welchen er als Experte zu fungiren hatte und macht die wichtige Bemerkung, dass die Einwilligung kindlicher und jugendlicher Personen, welche mit Vater oder Mutter zu sterben beschlossen haben, wesentlich eine Wachsuggestionswirkung bei jenen darstellt, welche einer freien und überlegten Entschliessung nicht gleichgesetzt werden kann.

***Reinach,* Verbesserungen der Irrengesetzgebung. Annales medicopsychologiques. März.**

Reinach, Deputirter, ist der Ansicht, dass die Irrengesetzgebung verbessert werden muss. Er stellt vorweg die Fragen: 1. Ist die heutige Psychiatrie so sicher in ihren Diagnosen, dass man auf die Erklärung von Aerzten hin Jemand als irrsinnig interniren kann. 2. Ist die Massenisolirung von Irren ein Mittel um sie zu heilen?

R. antwortet auf beide Fragen mit nein und gibt Amendements be-

Digitized by Google

züglich der Aufnahmsbestimmungen in Anstalten und der Einrichtungen solcher, bezüglich derer auf das Original verwiesen werden muss.

Percy-Smith, R., **Defects in the Working of the Lunacy Act 1890. (Mind, Januar.) — Rede, gehalten in der „Medico-Psychological-Association" zu London, 20. Nov. 1890.**

In überzeugender Weise werden die mannichfaltigen Uebelstände erörtert, welche das neue Gesetz über die Aufnahme von Kranken in Irrenanstalten dank der Complicirtheit und der theilweisen Ungenauigkeit seiner Bestimmungen im Gefolge gehabt hat. Die Wirrnisse und endlosen Plackereien für die Angehörigen und die Aerzte, die Schädigung der Kranken durch die oft beträchtliche Verzögerung der Aufnahme und die häufig resultirende Inhumanität der Gebahrung, werden durch zahlreiche, nach den citirten Paragraphen geordnete Fälle, welche die Wirksamkeit jeder einzelnen Bestimmung beleuchten, drastisch illustrirt.

Eine warnende Lectüre für Alle, welche der büreaukratischen Behandlung dieser Angelegenheiten das Wort zu reden geneigt sind. *Boeck.*

Longbois, **Zur Kenntniss des Geisteszustandes der Hysterischen. Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Juli.**

1. Irreführung der Behörden durch Anzeige fictiver Verbrechen.

Am 2. Juli 1890 denuncirte ein 14jähriges Mädchen R. bei der Polizei ihren Vater Rocher, Seiltänzer, dass er einen doppelten Meuchelmord begangen habe, indem er ihre beiden Geschwister umgebracht habe. Sie erzählt die Thatumstände mit grösstem Detail und in glaubwürdiger Weise.

Die Polizei entwickelte eine fieberhafte Thätigkeit um des Mörders habhaft zu werden. Die R. blieb bei ihren Angaben. Es stellte sich Alles als geschwindelt heraus. Die R. war kein Seiltänzerskind, sondern ein entlaufenes Dienstmädchen, bekannt als faul, lügenhaft, frühreif, Romane lesend, die verschiedensten Leute durch anonyme Briefe mystificirend. Sie ist noch nicht menstruirt, jedoch längst deflorirt. Körperliche Zeichen von Hysterie sind an ihr nicht nachweisbar. Ueber Heredität fehlen Nachrichten.

2. Simulirte Chromhydrosis.

Die 16 Jahre alte N. hatte durch 6 Monate erfolgreich mehreren Aerzten gegenüber eine Chromhydrosis simulirt. Sie ist schwer hysteropathisch (Hemianesthesie, Ovarie u. s. w.). Die Färbung war mit Kohlenstaub gemacht worden. Die Idee dazu hatte Pat. durch Erzählungen ihres aus Tonkin rückgekehrten Bruders bekommen, der von in jenem Lande sich bemalenden Weibern berichtet hatte. Um sich interessant zu machen, hatte sie derlei nachgeahmt; das Interesse der Umgebung und namentlich der Aerzte thaten das Uebrige dazu.

Digitized by Google

Motet, Ballet, Richardière, **Gutachten über den Geisteszustand einer Mörderin. Annales d'hygiene publique et de médicine légale. Juli.**

Am 6. Jan. fand man die 80jährige Wittwe L. am Fusse ihres Bettes mit einer Schnur erdrosselt und mit 38 Kilo Hausrath beschwert. Ausser einer Standuhr fehlte nichts im Zimmer. Die Uhr fand sich im Bett der Nachbarin B. versteckt. Diese hatte zuerst Anzeige von dem Mord gemacht und in den Verhören, geschickt sich vertheidigend, keine Zeichen von Geistesstörung geboten. So erschien sie Anfangs auch den Experten. Auffällig war nur ihre Indifferenz gegenüber ihrer Lage, ihre Gemüthlosigkeit, ihre Animosität gegen ihr Opfer und ihre Behauptung, sie habe die Nachbarin aus Gesundheitsrücksichten umgebracht.

Die B. erwies sich als eine von Kindesbeinen an schwer belastete degenerative, excentrische, oft ganz verkehrt handelnde Persönlichkeit. Sie hasste von jeher dicke Weiber und machte solchen gelegentlich arge Scenen. Die Ermordete war ihr lästig gewesen, weil dieselbe ihre Nachtruhe durch häufiges Gehen und Kommen gestört hatte, deshalb hasste sie die L. tödtlich!

Seit Monaten war die B. geistig schwach geworden. In der Haft nahm die geistige Schwäche rapid überhand. Dazu motorische Störungen, ungleiche Pupillen, Sprachstörungen als sichere Zeichen eines schweren Gehirnleidens. Keine Verurtheilung.

Magnan, **Gerichtliche medicinische Betrachtungen. Le Progrès médical. 19. Jahrgang, 11. April.**

Klinischer Vortrag über die Gemeingefährlichkeit der mit Verfolgungswahnsinn behafteten Paranoiker, über ihre Dissimulationsfähigkeit, Nachweis ihrer absoluten Unzurechnungsfähigkeit.

2 interessante klinische Beispiele.

Moreau, **Gerichtlich psychiatrische Fälle in Italien. Annales médico-psychologiques. Mai-Juni.**

1. *Morselli* (Riforma medica IV. Jahrg. 1888, März) hatte sich über die Zurechnungsfähigkeit eines conträr Sexualen auszusprechen.

B. zeigte abnorm früh Geschlechtstrieb, den er durch Masturbation und wollüstige Manipulationen an Kindern seines Alters befriedigte. Herangewachsen war er gleichgültig gegen Personen anderen Geschlechts; der Coitus machte ihm Schmerz, solitäre oder mutuelle Masturbation befriedigte ihn sehr. Der Anblick von nackten Männern oder Berührung seiner Genitalien durch Männerhand erregte ihn mächtig. Kleine Knaben hatten für ihn keinen Reiz. Päderastie verabscheute er.

Morselli fand ihn unzurechnungsfähig wegen den engen Beziehungen der erotischen Anomalien mit dem geistigen Zustand. Keine Verurtheilung.

Digitized by Google

2. Ein Imbeciller mit periodischer Manie wird von einer Frau, die ein Kind auf dem Arm hat, im Beginn eines seiner Paroxysmen zurechtgewiesen. Er geräth in Zorn, verletzt die Frau und tödtet das Kind.

Die übrigen (4) Fälle sind in dieser Zeitschrift schon berichtet.

Levillain, **Die Neurasthenie und das Forum. Annales d'hygiène publique. März.**

Verf. wirft die interssanten Fragen auf: 1. Kann die Neuropsychose, genannt Neurasthenie, Einfluss auf die Zurechnungsfähigkeit haben, eventuell sie mindern? 2. Wieweit kann eine Gesellschaft oder ein Individuum durch deren Schuld Jemand an traumatischer Neurose (Neurasthenie oder Hysteroneurasthenie) erkrankte für den Schaden haftbar gemacht werden? 3. Zu welchem Zweck kann diese Neurose simulirt werden, mit welchem Erfolg? Solche Fragen haben thatsächlich schon die Gerichte beschäftigt.

ad 1. Es ist denkbar, dass die Hemmung von Wille, höheren geistigen Vermögen überhaupt, den freien Willen gefährdet, die Zurechnungsfähigkeit beschränkt.

Die psychische Reizbarkeit solcher Individuen begünstigt Affecte und Delicte in diesem Zustand.

Die Neurasthenie verdient Berücksichtigung in foro. Sie kann die Zurechnungsfähigkeit mindern.

Sie führt leicht zu Alcoholismus und unter ihrem Einfluss kommt es zu schweren Erscheinungen und pathologischen Reactionen.

Sie hat auch Beziehungen zum Vagabundenthum. Es wäre zu untersuchen, ob das Vagabundiren zur Neurasthenie führt oder jenes eine Folge dieser ist.

Benedikt plädirt im letzteren Sinne und mit Recht.

ad 2. Nichts Neues. ad 3. Häufig ist Simulation bei traumatischer Neurasthenie, wo die Entschädigungsfrage eine Rolle spielt. Verf. hält den Nachweis der Simulation bei wiederholter Exploration des Falles für leicht (?), gesteht aber zu, dass die objectiven und physikalischen Zeichen der „traumatischen" Neurose in foro doch nicht verlässlich sind.

Brouardel, Motet, Ballet, **Der Fall Gouffé (Geisteszustand der Gabriele Bompard). Annales d'hygiène publique. Januar.**

Bekanntlich wurde Gouffé von einem gewissen Eyraud und dessen Zuhälterin Bompard ermordet. Die Bompard war eines Tages aus Amerika nach Paris gekommen und hatte Alles der Behörde bekannt, aber mit sonderbarer Gleichgültigkeit, wie wenn sie Zeugin, nicht Complice wäre. Damit ergaben sich Zweifel bezüglich ihrer Geistesgesundheit.

Die B., 21 Jahre, ohne äussere Degenerationszeichen, aber von wenig entwickelten weiblichen Formen, stammt aus nicht belasteter Familie. Sie hatte als Kind Convulsionen, war im Wesen eigenartig, lügenhaft, scheint

Digitized by Google

schon mit 8 Jahren menstruirt, hatte schon als kleines Mädchen nur Sinn für Herrn und für Toilette.

In der Erziehungsanstalt behielt man sie nicht wegen ihres anstössigen Benehmens, ebensowenig lange in anderen. Ausser leichten hysterischen Symptomen war sie wohl. Mit 18 Jahren Rückkehr ins väterliche Haus. Dort Liebschaft; wegen vermeintlicher Schwangerschaft flüchtete sie nach Paris. Hausarzt und Vater hielten sie damals für nicht normal, höchst neuropathisch. Sicher ist, dass bei ihr das Geschlechtsleben sich abnorm früh und übermächtig geltend machte und dass die Entwicklung ihrer moralischen Gefühle nicht gleichen Schritt mit der ihrer Intelligenz hielt. Freilich hatte sie früh die Mutter verloren und nirgends Theilnahme und Entgegenkommen gefunden. Schon ehe sie nach Paris kam (Juli 1888) allerlei Liebesabenteuer. Ein Geliebter trieb Hypnotismus mit ihr. In Paris wird sie die Maitresse von Eyraud. Man benutzt sie zu hypnotischen Experimenten. Sie wird so empfindlich, dass sie auf Vorhalten eines glänzenden Gegenstandes sofort einschläft.

Die Expertise ergab keine geistigen Defecte oder Geisteskrankheit. Die B. stand ganz in der psychischen Gewalt des E. Wiederholt hatte sie sich derselben zu entziehen versucht. Er übte auf sie einen fascinirenden Einfluss.

Sie will in E.'s Plane gegen G. nicht eingeweiht gewesen, blindes Werkzeug gewesen sein. Als unschuldige Zeugin des Mordes sei sie davon viele Stunden ganz unfähig vor Schreck gewesen. Willenlos sei sie dann E. auf die Reise gefolgt. Sie machte diese nach Canada als Junge verkleidet. Ihr Gedächtniss ist für die Zeit des Mordes und Alles hinterher ganz unversehrt. Ihre Intelligenz lässt nichts zu wünschen übrig, aber der moralische Sinn fehlt vollkommen, damit auch jede Gewissensregung. Ausserdem hat sie Stigmata hysteriae. Sie ist leicht durch blosses Fixiren in hypnotischen Somnambulismus zu bringen mit beliebigen posthypnotischen Suggestionen. Der Hypnose ging ein abortiver Anfall von grande hystérie mit Delir voraus. —

Anhaltspunkte dafür, dass das Verbrechen mit hypnotischer Suggestion in Zusammenhang gestanden, konnten die Expertisen nicht gewinnen.

Zugegeben den Mangel der Entwicklung des moralischen Sinnes, ist ihre Intelligenz gleichwohl auf solcher Stufe, dass sie wissen musste, was sie that. Sie ist nicht geistigkrank und es liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass sie in unwiderstehlichem Zwang irgend welcher Art gehandelt habe.

Gilles de la Tourette, Der Epilog einer Cause celèbre. Le Progrès médical No. 5.

Bernheim sprach sich bekanntlich dahin aus, dass die Bompard unter dem Einfluss einer hypnotischen Suggestion sich am Mord den Eyraud begeing, betheiligt habe. Verf. widerspricht dem, weist darauf hin, dass es E.

Digitized by Google

niemals gelungen war die B. zu hypnotisiren und dass posthypnotische verbrecherische Suggestionen nur Experimente des Laboratoriums sind, nicht Facta des praktischen Lebens. Käme es je zum Termin einer zu leistenden criminellen posthypnotischen Suggestion, so würde ein hysterischer Anfall, nicht aber die suggerirte That erfolgen.

Liégeois aus Nancy hat gleichwohl in der Hauptverhandlung behauptet aber nicht bewiesen, dass die B. tempore criminis in einem hypnotischen Ausnahmszustand („second état") und suggestiv gehandelt habe. *Gilles* kann nur eine Wachsuggestion annehmen und damit dürfte er Recht haben.

Der in diesem Process zum Ausbruch gekommene Streit der Pariser und der Nancy'er Schule gehört nicht hierher.

(In wiefern bei der B., die doch mit sog. moral insanity belastet ist, eine solche Wachsuggestion unwiderstehlich sein musste, wurde nicht erörtert. Bekanntlich wurde sie zu 20 Jahren verurtheilt. Ref.)

Im „Progrès medical" No. 7 bedauert *Bernheim*, dass der Streit der Schulen in den Bereich des Forum gezogen wurde. Es möge dahingestellt bleiben, ob die B. durch hypnotische Fremdsuggestion oder durch Wachsuggestion seitens eines Dritten oder auch durch aus ihrem Charakter leicht begreifliche Autosuggestion Verbrecherin wurde. Jedenfalls war sie moralischer Idiot und von grösster Suggestibilität. Diese beiden Thatsachen wiegen schwer bei der Beurtheilung ihrer Zurechnungsfähigkeit. Damit hat *Bernheim* entschieden Recht.

***Guimbal*, Strafbare Handlungen der Morphiomanen. Annales d'hygiène publique et de Médécine légale. Juni.**

Den Morphinisten erklärt Verf. für einen antisocialen faulen, unproductiven Egoisten. Seine Faulheit resultirt aus mangelhafter Aufmerksamkeit und Willenslähmung. Er lebt beständig in einem gewissen psychischen Torpor, der nur wechselnde Phasen der toxischen Excitation und functionellen Impotenz durch relative Abstinenz bietet, jedes andauernde Denken, Arbeiten unmöglich macht. Wenn er etwas leistet, so geschieht es nur, um sich die Mittel zum Morphiumgenuss dadurch zu verschaffen. Wie das Morphium den physischen Schmerz aufhebt, ist es auch geeignet, den moralischen Sinn, das Gewissen und Alles was damit zusammenhängt, zu betäuben. Als Beleg dafür bringt Verf. zunächst folgende in foro gemachte Beobachtung.

Dr. *M.*, Polizeiarzt in Paris, hatte die Frau eines Freundes, eines Apothekers, dem er zu Dank verpflichtet war, verführt und seit 4 Jahren zur Geliebten gehabt. Ueberdies hatte er sie finanziell ruinirt, indem er von ihr seine enormen Spielschulden decken liess. Der Apotheker kam dahinter und sperrte seine Frau ins Kloster ein. Nun brachte es Dr. *M.* dahin, dass seine eigene Frau unter Vorspiegelungen im Kloster bei ihres Mannes Geliebten Einlass fand und sich zum Postillon d'amour ihres

Digitized by Google

Mannes machte. *M.* war Morphinist und obwohl Vater von 2 Kindern, förmlich toll vor Liebe zur Frau seines Freundes.

Auch das morphiumsüchtige Weib verliert jegliches Schamgefühl und gibt sich erforderlichen Falles dem Nächstbesten zum Genusse hin um sein Morphiumbedürfniss befriedigen zu können.

Diese sittliche und Willensschwäche der Morphinisten hat Bedeutung für das Forum. Bemerkenswerth ist, dass diese Unglücklichen in horizontaler Position, mit dadurch bedingter Besserung der Circulation im Gehirn, vorübergehend zu sich kommen und sich wieder finden.

Ihre Willensschwäche weicht nur dann einer auffallenden Energie, wenn ihnen das Morphium ausgeht. Sie sind dann sehr activ und selbst strafbarer Handlungen fähig.

Oft genug machen sie vor Gericht als Entschuldigungsgrund für ihre Delicte ihren Morphinismus geltend.

Vielfach ohne Grund. *Marandon* hatte 1883 eine Morphinistin zu begutachten, die ein 5jähriges Kind ermordet hatte und den Impuls dazu auf Rechnung ihres Morphiumabusus setzte. *M.* fand keine Geistesstörung. Die Mörderin wurde verurtheilt.

Gleichwohl ist der Morphiummissbrauch forensisch in Betracht zu ziehen. Es kommt auf den concreten Fall, auf Höhe der Dosis, Constitution und Nebenumstände an, besonders auch darauf, ob das Delict im Zustand des Genusses oder der Abstinenz begangen wurde.

Wichtig ist die Beurtheilung, ob und wie weit Bewusstsein und moralischer Sinn tempore criminis beeinflusst waren.

Während der Zeit toxischer oder Abstinenzdelirien muss der Morphinist dem Geisteskranken gleich gestellt werden.

Chronischer Morphinismus, d. h. mit dauernden Trübungen der Intelligenz und des moralischen Sinnes, muss als Milderungsgrund gelten. Der Kranke in beginnender Abstinenz hat ein krankhaftes Bedürfniss nach neuem Genuss und seine Handlungen können die Bedeutung des physischen bezw. psychischen Zwangs haben, gleich dem Ausgehungerten, der sich an fremdem Eigenthum vergreift, um seinen Hunger zu stillen.

Beim chronischen Morphinismus kommen, gleichwie beim Opium- und Haschischesser (Amoklaufen der Hindu's und Malaien) impulsiv delirante Episoden vor, in welchen sie sich und Anderen gefährlich werden können.

Ganz gewöhnliche Vorkommnisse sind Diebstähle unbemittelter Morphiumsüchtiger um sich das unentbehrliche Genussmittel zu verschaffen. Diese Delicte können mit Praemeditation und Schlauheit zu Stande kommen.

***Kaan*, Ueber moralische Depravation in ethischer und sexueller Sphäre bei chronischem Morphinismus. Internationale klinische Rundschau (Wien) No. 12, 13.**

Aus der vom Verf. erwähnten Literatur geht deutlich hervor, dass analog dem chronischen Alcoholismus auch beim Morphinisten ethische

Digitized by Google

und intellectuelle Schädigungen eintreten, die für das Criminal- und Civilforum nicht belanglos sind.

Willensschwäche, Unentschlossenheit, grösste Unpünktlichkeit, kindisches Verthun des Geldes, Lügenhaftigkeit, Charakterlosigkeit bis zur moralischen Depravation sind bei Morphinisten ganz gewöhnliche Erscheinungen. Dass auch, als Theilerscheinung der allgemeinen psychischen Anästhesie, das Schamgefühl nothleidet und der oder die während der Wirkung des Morphium sexuell erregte Morphiomane zu sexuellen Ausschreitungen gelangen kann, lehrten folgende Beobachtungen.

1. Frau L., 23 Jahre, schwer hereditär belastet, von verschrobener defecter Erziehung, gelangte vom 15. Jahr ab zum Morphinabusus, wurde schwer leidend, heirathete vor 6 Jahren, um aus widrigen häuslichen Verhältnissen los zu kommen, den Sohn ihres Stiefvaters, hasste ihn bald, gebar 3 Kinder, hasste 2 derselben, Mädchen, da sie dem Vater ähnlich sahen. Vor 3 Jahren verliebte sie sich in einen Freund ihres Mannes und erregte öffentliches Aergerniss. Sie kommt höchst anämisch, post abortum, in die Anstalt, mit 1,0 Morphin Tagesdosis. Nach 8 Wochen Abgewöhnung, aber launisch, excentrisch, sinnlose Ausgaben, daneben geizig in Kleinigkeiten, borgt überall Geld, prahlt mit ihrem Reichthum, zahlt keine Schulden. Selbst sehr verletzlich, ist sie brutal, intrigant, krakehlsüchtig; beständiger Stimmungswechsel, gelegentlich Weinkrampf, Idiosynkrasie gegen Kinder. Prahlen mit Kenntnissen, die sie nicht hat. Bald frivol bis zum Cynismus, dann wieder prüde und sentimental.

Im Handumdrehen Sittenrichterin und zu Lascivitäten bereit. Ethisch ganz depravirt, von zügelloser Sinnlichkeit. Genesen entlassen, daheim bald wieder Opiuminjectionen um die ehelichen Zwistigkeiten zu vergessen.

Pat. ist sich ihres Zustandes bewusst und schiebt die Schuld aufs Morphin.

2. Frau M., 30 Jahre, von neuropathischer Familie, wurde vor 3 J. Morphinistin wegen Intercostalneuralgie. Tagesdosis 0,6. 2malige Entziehungskur in der Anstalt.

Auch diese Pat. zeigte den entsittlichenden Einfluss des Morphiummissbrauches — Lügen, Hetzen, Intriguiren, Lockerungen der Anstaltsdisciplin, Koketterie, Eifersuchtsscenen, krasses Selbstgefühl, Prahlereien; dabei anmaassend, brutal, intellectuelle Abschwächung, Jähzorn, unfläthiges Schimpfen, während der Abstinenz hochgradige sexuelle Erregungszustände.

3. Herr C., 28 Jahre, aus höchst psychopathischer Familie, früh Onanist, vom 16. Jahre ab moralisch haltlos, eine Zeit lang Officier, ganz sinnlose Streiche. Allmälich schwere sexuelle Neurasthenie im Anschluss an Blennorrhöe. Wird Morphinist. Heftige Neurasthenia cordis, beständig Angst vor Herzschlag. Pat. verkommt social und ethisch, verschwendet, lebt von Borg schon vor Jahren. Selbsmordversuch.

In der Anstalt zunächst tiefe Hypochondrie. Mühsame Entziehungskur.

4. Herr M., 25 Jahre, belastet, abenteuerliche Carrière, die ihn bis

Digitized by Google

nach Indien führte. Dort Sumpffieber, Lungenblutungen, Brustbeklemmungen. Bekam Morphin, wurde Morphinist (bis 0,4 pro die), hochgradig neurasthenisch (gastrisch, cerebral). Mühsame Entziehungskur binnen $2^1/_2$ Monaten. Während dieser Bild einer originär verschrobenen, durch Morphinabusus depravirten Persönlichkeit — Lügenhaftigkeit, Selbstüberhebung, Prahlerei, Schwindelei und Schuldenmachen, Anstiften von Zwischenträgereien, und Verhetzung innerhalb der Familie, während er früher, d. h. vor dem Morphinmissbrauch, als höchst wahrheitsliebend und honnet geschätzt war.

Verf. schliesst mit der These: „moralische Depravation tritt nur bei hereditär belasteten Morphiumsüchtigen ein und zwar bei solchen, wo in Folge reizbarer Schwäche ihres Nervensystems auch das vasomotorische Centrum abnorm erregbar geworden ist. Bei solchen kann durch die vom Morphium hervorgerufene andauernde Herabsetzung des arteriellen Blutdrucks eine Alteration der Hirnrinde Platz greifen, welche zu hochgradiger intellectueller Abschwächung (*Ball*'s „Allgemeine Anästhesie") führt." Somit liesse sich allerdings in concreten und schweren Fällen von Morphinismus eine Geistestörung annehmen, die es den Kranken unmöglich macht, das Strafbare ihrer Handlung einzusehen.

Hospital, Fall von „Folie érotique". Annales médico-psychologiques No. 1. Januar-Februar.

1882 wurde S., 60 Jahre, Bauer, wegen unzüchtigen Attentats auf ein junges Mädchen, das Schafe weidete, verhaftet. Schon 1860 und 1875 war er wegen Nothzuchtversuch bestraft worden, 1879 wegen Sodomie an einer Hündin, was ihn nicht hinderte, 1880 das gleiche Delict zu begehen. Wegen seiner Lascivität war er in der ganzen Gegend gefürchtet, seine Frau konnte nicht mit ihm leben. Es wird angegeben, dass, wenn L. seinen sexuellen Paroxysmus bekam, er tagelang unablässig in Wald und Feld herumlief um geeignete Objecte für die Befriedigung seines Triebes zu erlangen.

Erbliche Belastung ist nicht sicher gestellt. In früheren Jahren Sturz aus dem 1. Stock, wovon eine Schädelnarbe datirt. Seit diesem Sturz soll er geistesschwach geworden sein. — Man hielt ihn allgemein für geistig krank.

S. macht senilen Eindruck, hat sehr kleinen Penis, nur 1 Hoden, sehr langes Präputium; der andere Hode ist atrophisch und befindet sich im Canalis inguinalis.

Entsprechend der Entwicklungshemmung der Genitalien hat L. einen etwas feminilen Habitus, hohe Stimme und mehr weiblichen Charakter. Er ist geistig beschränkt, behauptet seine Unschuld und zieht den Tod der Haft vor. Ueber seine sexuellen Impulse und Delicte schweigt er sich aus, spielt den Gekränkten wenn man darnach fragt.

Digitized by Google

Er macht es glaubhaft, dass er an seltenen epileptischen Anfällen seit der Kindheit leide. Trinker war er nie.

Seine sexuellen Delicte hatte er jeweils unbekümmert um Ort und Zeugen wahrhaft impulsiv und brunstartig begangen. Seine Amnesie für diese Vorfälle bewährt sich. Im Gefängniss beobachtete man einmal einen Anfall von petit mal. Die Expertise nahm an, dass S. in Zuständen von transitorischem epileptischem Irresein seine sexuellen Delicte begangen habe.

Er kam in die Irrenanstalt, verblödete, bekam ein Jahr vor seinem Tode eine rechtsseitige Hemiparese. Am 11. December 1885 wurde er comatös und starb am 12. Schädel und Gehirnhäute ohne Befund. Gehirngewicht 1160 g.

Auf der Unterfläche des linken Frontallappens eine apoplectische Narbe von Thalergrösse, eine 2. kleinere auf der Unterfläche des linken Mittellappens; frischer Bluterguss in die Ventrikel.

***Fritsch,* Forensische Casuistik. (Meuchelmord; angeborener Schwachsinn; Unzurechnungsfähigkeit.) Wiener medic. Presse XXXII. Jahrgang, No. 7. 8, 9.**

B., Tagelöhner, seit 1886 verheirathet, galt als roh, heimtückisch, eifersüchtig, hatte wegen grundloser Eifersucht wiederholt schon seine Frau misshandelt.

Am 10. April 1887 glaubte er (grundlos) zur Eifersucht berechtigt zu sein, gab seiner Frau (3 Monate schwanger) im Gasthause deshalb Ohrfeigen, fasste den Entschluss, sie umzubringen und führte denselben auf dem Heimweg aus, indem er sie in den Mühlbach stürzte und als sie das Ufer zu erklimmen versuchte, ihr mit einem Messer Stiche in Nacken und Hals versetzte.

Schon anlässlich der Hochzeit hatte er sich geäussert „ich werde die B. heirathen; wenn ich ihr aber auf etwas komme, werde ich sie zuerst und dann mich umbringen".

Nach der That hatte er die Nacht über geschlafen, dann eine Schenke, dann den Thatort besucht „um den Leichnam anzuschauen", der gerade aus dem Wasser gezogen wurde. Dann hatte er den Tag über in Vergnügungslokalen sich herumgetrieben, Abends sich der Polizei gestellt, wo er mit seltenem Cynismus die That erzählte. Er behauptet wiederholt, Beweise für die Untreue seiner Frau gewonnen zu haben und sieht nicht recht ein warum die Tödtung einer Frau aus Eifersucht verboten sei. B. galt allgemein als geistig nicht normal. Dem Trunk war er nie ergeben gewesen. B. stammt von irrsinniger Grossmutter, geistesschwacher Mutter, trunksüchtigem Vater, war originär schwachsinnig, desäquilibrirt, enorm leichtgläubig, jähzornig, diente jedoch befriedigend während der Militärzeit. Die Ehe des B. war durch seine Eifersucht von Anfang an eine unglückliche gewesen. Schon einige Tage vor der That Aeusserungen von

Digitized by Google

entschiedenem Eifersuchtswahn, kurz vorher Illusion, dass seine Frau einen Anderen umarmte.

Anamnestisch und gegenwärtig Zeichen von Schwachsinn, geistiger Insufficienz. An seinem Eifersuchtswahn hielt B. hartnäckig fest. Er stützt ihn auf eine ganze Reihe von paralogischen Deutungen harmloser Vorkommnisse in und ausser dem Hause; sogar in der Wäsche seiner Frau entdeckte er nach seiner Meinung sichere Zeichen eines ehebrecherischen Umganges. Keine Reue, geradezu Hass gegen die Todte. Einer Hinrichtung sieht er mit Ruhe entgegen, vor Gottes Gericht wird er schon bestehen, denn in der Bibel heisst es „wehe dem Menschen der Aergerniss gibt". Die Haft empfindet er nur fatal weil er nicht genug sich sättigen kann, deswegen wäre ihm das Schaffot auch gerade recht. Körperlich bestehen anatomische Degenerationszeichen (Schädelanomalie) sowie functionelle (Tremor, Stottern u. s. w.).

Nachweis von Schwachsinn erheblichen Grades seit der Jugend und krankhaften Wahnvorstellungen (Eifersuchtswahn).

Keine Verurtheilung. Versetzung in die Irrenanstalt.

***Merzejewski, J.*, Das Verbot öffentlicher hypnotischer Vorstellungen in Russland. — Bericht an den Medicinalrath des Ministeriums des Innern. Wjestnik psych. VIII, H. 1.**

Die Gesellschaft der Aerzte zu Nowgorod bemühte sich vermittelst des Gouverneurs beim Ministerium zu bewirken, dass alle öffentlichen hypnotischen Vorstellungen ein für alle mal verboten werden; das Gutachten über diese Frage erfolgte durch *Merzejewski*, als eines der Mitglieder des Medicinalrathes.

Schon im Jahre 1881 hatte *M.* in Folge der Vorstellungen *Hansen*'s in Petersburg sich dahin geäussert, dass derartige Vorstellungen schädlich und deshalb zu verbieten seien; hierauf erfolgten gewisse Einschränkungen, die Vorstellungen wurden aber nicht gänzlich verboten. In letzter Zeit wurde diese Frage, wie wir oben gesehen, wieder angeregt und *M.* überreichte einen ausführlichen Bericht über die Schädlichkeiten und Unzulässigkeiten derartiger öffentlicher Productionen, in deren Details ich hier nicht nöthig habe näher einzugehen, da dieselben allgemein bekannt sind. Das Resultat des Berichtes ist ein derartiges, dass die Meinungen und Folgerungen *M.*'s vom Medicinalrathe vollständig angenommen wurden und nachstehender Beschluss erlassen wurde:

1. Alle öffentlichen hypnotischen und magnetischen Vorstellungen sind aus allgemeinen Rücksichten für die Gesundheit auf administrativem Wege strengstens zu verbieten.

2. Die Verwerthung des Hypnotismus zu Heilzwecken ist nur Aerzten gestattet, mit Beobachtung der bei chirurgischen Operationen verlangten gesetzlichen Bedingungen, d. h. nicht anders als im Beisein assistirender Aerzte.

Digitized by Google

Dieser Erlass des Medicinalrathes vom 4. Juli 1890 wurde allen Gouverneuren mitgetheilt um laut desselben zu verfahren. *A. v. Rothe.*

***Tschisch, W.*, Vorlesungen über gerichtliche Psychopathologie. — Petersburg, 1890. Octav 336 Seiten.**

An den russischen Universitäten (leider aber noch nicht an allen) sind auch die Studirenden der Jurisprudenz verpflichtet, während des letzten Jahres einen Cursus über Psychiatrie zu hören. Seit einigen Jahren trägt *Tschisch* diesen Gegenstand an der St. Petersburger Universität vor. Hier hatte er nun hinlängliche Gelegenheit, die Schwierigkeiten kennen zu lernen, welche mit dem Vortrage dieses Gegenstandes, namentlich für Juristen, vorhanden sind. Ist es schon nicht leicht, den angehenden Medicinern dieses Fach klar und verständlich vorzutragen, so ist dies bei den fast garnicht dazu vorbereiteten Hörern der Jurisprudenz noch unendlich schwieriger, um so viel mehr, wenn der Lehrer seinen Zuhörern entsprechende Hand- oder Lehrbücher empfehlen soll, nach welchen sie arbeiten können, da wirklich in keiner Sprache ein derartiges vorhanden ist, welches den gerechten Ansprüchen Genüge leisten könnte.

Nach langem Kampfe mit sich selbst entschloss sich *T.* endlich, seine Vorlesungen drucken zu lassen, um so seinen Zuhörern und vielleicht auch diesem und jenem Anderen das Studium der Psychiatrie zu erleichtern.

Er stellte sich die Aufgabe, in einer gedrängten und leichtfasslichen Art, in Hauptzügen, das Nothwendigste zusammenzufassen, damit dem Juristen das Wesen der Geistesstörung verständlich würde. Um dies zu erreichen, hat Verfasser das Hauptgewicht auf die allgemeine Psychopathologie gelegt, ganz richtig schliessend, dass sie die Grundlage für das weitere Forschen bildet, und dass der Jurist, welcher die allgemeine Psychopathologie wirklich inne hat, leicht weitere und verständliche Aufklärung für specielle Fälle in grösseren Werken finden wird, wie er dafür Interesse hat. Die Vorlesungen waren mit Demonstrationen an entsprechenden, vorgeführten Kranken verbunden, so dass Zuhörer auch zugleich sah und hörte, wie Geisteskranke untersucht werden müssen und wie die einzelnen elementaren Erscheinungen sich unter einander gruppiren, und solche verschiedene Gruppen von Erscheinungen die besondere Form der Geisteskrankheit darstellen und andererseits welche von den einzelnen Erscheinungen, Symptome, wirklich von Bedeutung sind und welche nur einen untergeordneten Werth besitzen. Hierauf behandelte er die Ursachen und ihre Bedeutung für die Entstehung und Entwicklung der einzelnen Formen; dann folgte die Classification, mit Andeutungen, welche von den einzelnen Krankheitsformen besonders leicht und häufig zu Vergehen und Verbrechen hinneigen.

Die ganze Arbeit zerfällt, ausser der Einleitung, in 13 Abschnitte oder Capitel und zwar:

Digitized by Google

1. Ueber den Nutzen, welchen das Studium der Psychiatrie dem Juristen bietet.
2. Allgemeine Begriffe über Geistesthätigkeit und Geisteskrankheit.
3. Psychologie der Empfindungen.
4. Krankhafte Störungen der Empfindung.
5. Psychologie der Geistesthätigkeit (Vorstellung).
6. Krankhafte Störungen der Geistesthätigkeit.
7. Sinnestäuschungen und Wahnideen.
8. Ueber freiwillige Handlungen (Willensfreiheit).
9. Krankhafte Störungen des freiwilligen Handelns.
10. Störungen des Organismus bei Geisteskrankheiten.
11. Die Ursachen der Geisteskrankheit.
12. Die Erkennung (Diagnose) der Geisteskrankheiten.
13. Die Irrengesetzgebung.

Näher auf die einzelnen Capitel einzugehen ist hier nicht am Platze; das ganze trägt den Stempel des selbständigen Forschers und praktischen Irrenarztes an sich und wird unstreitig seinen Zweck erfüllen. *A. v. Rothe.*

***Tonin, S. A.*, Verbrechen begangen während anhaltenden Trinkens. Aus der Poltawaer Irrenanstalt. — Russ. Archiv für Psych. Bd. 17, H. 1.**

N. L. S. Mitglied einer wandernden Kunstreitergesellschaft schiesst kurz vor der zu beginnenden Vorstellung aus ziemlicher Nähe nach einem seiner Collegen, und als dieser flieht, verfolgt er ihn zwischen das versammelte Publikum und feuert noch einige Schüsse nach ihm, wovon einer ihn am Kopfe verwundet. Von der Polizei verhaftet, befreit er sich, stürzt in den Circus, befiehlt der Musik einen Trauermarsch zu spielen, weil er den K. getödtet, hierauf wendet er sich gegen das Publikum und ruft: ich bin ein Mörder, ich liebe die M. und habe deshalb den K. getödtet. Als man ihm sagt, dass K. lebt, bedauert er es, ihn nicht erschossen zu haben.

S. soll laut Zeugenaussage in einem halbtrunkenen Zustande gewesen sein, am folgenden Tage ernüchtert, sagt er, nicht zu wissen wie er geschossen, dass er aber auf K. schon seit 2 Jahren wegen der M., die er liebe, eifersüchtig sei; ausserdem habe der K. ihn immer wegen seiner Liebe gehänselt, aufgezogen, ja thätlich oft misshandelt, ausserdem aber wolle man ihn zwingen die B. zu heirathen. Dies sei auch der Grund gewesen, weshalb er sich dem Trunke ergeben, im nüchternen Zustande habe er auch nie daran gedacht den K. zu tödten, den Revolver habe er nur zu seinem Schutz gehabt.

Fast alle Zeugen sagen aus, dass S. im nüchternen Zustande ruhig, bescheiden und anständig sei, angetrunken aber wie ein Verrückter tobe, sich selbst zwei Mal das Leben habe nehmen wolle, andere zwecklos beleidigt ohne später davon etwas zu wissen. Das übermässige Trinken

Digitized by Google

komme stets periodisch, halte mehrere Tage an, während er sonst Monate lang gar nicht trinke. Der Verwundete sagt, S. müsse in unzurechnungsfähigem Zustande gehandelt haben, da er sonst nicht gewaltthätig sei.

Das Gericht verlangte ein psychiatrisches Gutachten. Die Anamnese ergab, dass S. schon seit lange Alkohol missbraucht, für welchen er sehr empfindlich ist, während der letzten 5 Tage war er täglich trunken und aufgeregt durch K.'s Neckereien. Den Revolver hatte er am Tage der That gekauft, schon während der Probe war er trunken, in eben solchem Zustande war er auch nach der That. Vater und Mutter waren Potatoren, er selbst litt mehrere Mal an Delirium tremens. Auf Grund dessen und der Beobachtung in der Anstalt wurde das Gutachten abgegeben, dass S. zur Zeit der That sich in einem Zustande befunden, welcher bewusstes und überlegtes Handeln ausschliesst. *A. v. Rothe.*

Iwanowa, W. S., **Zur Frage der von Geisteskranken begangenen Verbrechen. — Wjestnik psych. VIII. Jhrg. 2. H.**

Die Verfasserin stellt sich die Aufgabe, gestützt auf genaue Beobachtung Geisteskranker, wenn auch nur in allgemeinen Zügen, die Bedingungen zu finden, welche überhaupt zu Verbrechen führen, wie auch die Eigenthümlichkeiten, welche die einzelnen Formen in dieser Beziehung darbieten.

Als Material dienten ihr nicht nur die Kranken und Krankengeschichten, sondern auch die Geschichte des Verbrechens selbst derjenigen geisteskranken Verbrecher, welche während der letzten fünf Jahre der Anstalt Buraschow zur Begutachtung übergeben worden waren.

Der Unterschied zwischen dem Vergehen oder Verbrechen eines Geisteskranken oder Geistesgesunden liegt nicht in dem Verbrechen selbst, sondern in der Art seines Entstehens: das Vergehen oder Verbrechen der Geisteskranken entspringt unter dem Einflusse innerer organischer Beweggründe, oder mit anderen Worten, es entspringt primär dem Bewusstsein, ohne Beeinflussung durch die äussere Welt; Ausnahmen davon machen wohl nur Schwach- und Blödsinnige.

I. untersucht und analisirt die Vergehen und Verbrechen der Paranoiker, Epileptiker, Alkoholiker und die der Schwach- und Blödsinnigen, zu welchen sie auch die Paralytiker, Moralisch-Irren und Idioten rechnet. Die Gruppe der Melancholiker und Maniaci verschiebt sie, aus Mangel an hinreichendem Material, auf später.

1. Paranoia. Vergehen und Verbrechen entstehen häufiger in Folge von Wahnideen, dann Zwangsvorstellungen. Dem Charakter nach überwiegen Majestätsbeleidigungen, Spötterei, Staatsvergehen und ganz besonders Schikanirungen anderer (unruhige Querulanten). Vor der Handlung schon litten sie überwiegend an Verfolgungswahn, unter dessen Einfluss auch die That gewöhnlich stattfindet. Ausnahmen bilden Handlungen auf Grund von Zwangsvorstellungen. Das Benehmen der Paranoiker nach der

Digitized by Google

That ist verschieden: einige bedauern ihre Handlung (nach Zwangsvorstellungen), andere leugnen consequent (solche die ihren Wahn dissimuliren), wieder andere können sich keine Rechenschaft über ihre That geben (beim Uebergange zum Schwachsinn), und endlich giebt es solche die behaupten, mit vollem Recht gehandelt zu haben.

2. Alle Verbrechen der Epileptiker gehören grösstentheils zu den schweren; die Handlung geschieht überwiegend im Zustande der Bewusstlosigkeit, der Thäter kann seine Handlung nur selten motiviren, noch häufiger erinnert er sich derselben gar nicht. Epilepsie ist oft mit Alkoholmissbrauch verbunden.

3. Bei Alkoholisten treffen wir alle Arten von Vergehen und Verbrechen, denselben geht gewöhnlich anhaltendes Trinken voran, die Handlung geschieht in einem Zustande der Umnebelung, welche Folge der Alkoholintoxication ist. Die Motive der Handlung sind unklar, verschwommen und grösstentheils unbewusst. Nach der Ernüchterung wird das Geschehene gewöhnlich bedauert.

4. Schwach- und Blödsinnige begehen am häufigsten Brandstiftungen, Todtschlag oder Versuche desselben. Die Handlung geschieht in ihrem gewöhnlichen Zustande oder im Aerger aus nichtssagender Veranlassung. Sind auch scheinbare Motive vorhanden, so sind dieselben kleinlich, oder um sich zu rächen. Das Verhalten zur That ist mit wenigen Ausnahmen ein ganz gleichgültiges, wird die That formell bedauert, so mangelt doch jedenfalls das Gefühl der Reue.

Zur 1. Gruppe der Beobachtungen dienten 26 Fälle, zur 2. 18, zur 3. 12 und zur 4. 35 in Summa 91. Mehrere Fälle sind in jeder Gruppe ausführlich beschrieben; da sie aber nicht Ungewöhnliches bieten, gehe ich nicht näher auf dieselben ein. *A. v. Rothe.*

***Kandinski, W. Ch.*, Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. — Moskau 1890. VIII, 238 S. Verlag der Wittwe *Kandinski*.**

Aus der Vorrede der Verlegerin (Dr. med. u. prakt. Arzt) die vor Kurzem auch das Zeitliche gesegnet, ersehen wir, dass *W. K.* während der letzten Lebensjahre an einem grösseren Werke „Ueber die Willensfreiheit", arbeitete. Die vorliegende Abhandlung ist ein Theil dieser Arbeit, die so ziemlich vollendet, als Manuscript hinterblieb, während zu den anderen das Material gesammelt aber nicht geordnet ist um es dem Druck zu übergeben.

Die Abhandlung besteht aus zwei Theilen, dem ersten, 43 St. die Zurechnungsfähigkeit betreffend, und dem zweiten, der Rest des Buches, acht gerichtliche psychiatrische Gutachten.

Der erste Theil stammt aus dem Jahre 1883, in welchem die Besprechungen über verschiedene Artikel des neuen Strafgesetzbuches und unter anderen auch die über die Unzurechnungsfähigkeit bei abnormen

Digitized by Google

Geisteszuständen, in der St. Petersburger Juristischen Gesellschaft stattfanden und der psychiatrischen Gesellschaft zur Begutachtung vorgelegt wurden. Die psychiatrische Gesellschaft widmete diesen Verhandlungen 3 Sitzungen; die Mehrzahl der Mitglieder fand aber die Artikel nicht zweckentsprechend, da die Juristen in denselben ein psychologisches Kriterium der Geistesstörung feststellen wollten, was den Psychiatern aus verschiedenen Gründen nicht zulässig erschien. Die Minderzahl (4—5) aber war für ein derartiges psychologisches Kriterium. Die Psychiater einigten sich nicht, und so kam die Debatte in einer Sitzung der Juristen und Psychiater zu einer gemeinschaftlichen Verhandlung, in welcher die psychiatrische Minorität den Sieg errang.

Kandinski war einer der eifrigsten Verfechter des psychologischen Kriteriums, und um nicht missverstanden zu werden, übergab er der Petersburger psychiatrischen Gesellschaft „seine eigene (separat) Meinung".

Die Hauptsätze, durch welche *K.* das psychologische Kriterum vertheidigt, dürften sich folgendermaassen wiedergeben lassen.

1. Ein psychiatrisches Kriterium der Unzurechnungsfähigkeit lässt sich nicht geben; es ist eben nur eine psychologische Definition möglich. Wir können die Psychiatrie nicht durch Ausdrücke (Termini) erklären, die wir aus ihr selbst nehmen. Der Ausspruch: die Psychiatrie ist die Lehre von den Geisteskrankheiten, erklärt uns noch nicht die Psychiatrie, oder, wer geistig gesund oder krank ist? Wo die Grenze der psychischen Gesundheit oder Krankheit liegt, denn dazu bedürfen wir der physiologischen Erklärungen.

2. Ein Gesetzesartikel, welcher über Unzurechnungfähigkeit handelt, muss die Zustände der Unzurechnungsfähigkeit erklären: denn sonst können leichte Grade des Schwachsinns, welche in der bürgerlichen Gesellschaft noch gelitten werden, oder auch solche krankhafte Zustände, wie z. B. die Neurasthenie, Veranlassung geben, in die Kategorie der Unzurechnungsfähigkeit gezählt zu werden, was wohl kaum wünschenswerth erscheinen dürfte.

3. Nur solche Thaten können als unzurechnungsfähige angesehen werden, welche von Personen ausgeführt werden, welche sich in einem Zustande befanden, welcher die freie Willensbestimmung ausschliesst. Letztere ist eine psychologische Bezeichnung.

4. Das Vorhandensein der Fähigkeit einer freien Willensbestimmung setzt das Vorhandensein zweier Bedingungen voraus:

a) das Vorhandensein der „libertas judicii" oder mit gewöhnlichen Worten, das Verständniss des Menschen für die Bedeutung und Eigenschaft seiner Handlungen, wozu unter andern auch das Wissen, dass diese oder jene Thaten durch das Gesetz nicht erlaubt sind, gehört; und

b) das Vorhandensein der „libertas consilii", d. h. die Möglichkeit der Wahl, auf Grund der Ueberlegung und des gesunden Urtheils, dies oder jenes zu thun oder zu unterlassen.

Digitized by Google

5. Unser jetzt bestehender Gesetzesparagraph ist deshalb ungenügend, weil er nur die erste Hälfte dieses Kriteriums in sich enthält.

6. Der neu vorgeschlagene Paragraph lautet „Eine Handlung wird als unzurechnungsfähig betrachtet, wenn der Handelnde zur Zeit der That, in Folge seines Geisteszustandes, die Bedeutung und Eigenschaft seiner Handlung nicht verstand oder ihm die Möglichkeit der Wahl seiner Handlung abhanden gekommen war;" er enthält also beide Bedingungen und verdient deshalb den Vorzug vor dem früheren.

7. Es ist begreiflich, dass nicht alle geistigen Anomalien unter diese Erklärung der Unzurechnungsfähigkeit untergebracht werden können, aber darin liegt kein Unglück, sondern im Gegentheil ein Glück. Ein eigenthümlicher Charakter, einfache Dummheit, eigenartige Begabung, — sind auch Anomalien — aber auf Grund wessen ein solcher Mensch für seine Thaten nicht verantwortlich sein soll, ist mir unverständlich und das werde ich auch nie verstehen.

8. Der neue Paragraph des Strafgesetzbuches ist nach meiner Ansicht vortrefflich redigirt und verdient daher in jeder Beziehung den Vorzug, da er den heutigen Forschungen der Wissenschaft Rechnung trägt.

In diesen Sätzen, die von der psychiatrischen Gesellschaft nicht, von der juristischen aber fast einstimmig angenommen wurden, hat *K.* sein volles Glaubensbekenntniss, was die Zurechnungsfähigkeit anbetrifft, niedergelegt; der Begriff der Unzurechnungsfähigkeit ist gleichbedeutend mit dem der Geistesstörung im allerweitesten Sinne des Wortes. Die Definition eines dieser Begriffe erklärt zugleich auch den anderen.

Der zweite Theil umfasst acht motovirte Gutachten über zweifelhafte Geistesstörung solcher Personen, die *K.* periodisch beobachtet. Diese Gutachten stammen aus dem Jahre 1883—1889. Das erste ist ausserordentlich umfangreich und in die allerkleinsten Erscheinungen eindringend und dieselben analysirend; es umfasst allein 84 Druckseiten und erregte seiner Zeit als es im Druck erschienen war, die allgemeine Aufmerksamkeit. Sowohl in diesem wie auch in den übrigen entwickelt *K.* mit Consequenz und Ausdauer seine psychologischen Anschauungen zur Begründung und Charakterisirung der Persönlichkeit wie auch der krankhaften Erscheinungen derselben, wodurch dann seine gerichtlich-medicinischen Schlussfolgerungen für die Geschworenen und Richter an unumstösslicher Beweiskraft gewinnen. In die Einzelheiten seiner Gutachten weiter einzugehen, ist nicht am Platze, jedenfalls aber unterliegt es keinem Zweifel, dass jedes derselben als Muster dienen kann, wie derartige Gutachten abgefasst werden sollen. Diese Gutachten sind nicht nur ein Schatz der russischen psychiatrischen Literatur, würden aber auch jeder nicht russischen zur Zierde gereichen. Diese posthume Arbeit ist ein neuer und deutlicher Beweis, wie viel die Psychiatrie durch sein leider zu frühes Dahinscheiden verloren.

A. v. Rothe.

Digitized by Google

***Rok Ankersmit, P.*, Ein forensicher Fall von moralischem Irresein. — Psychiatrische Bladen, Theil 9, Lieferung 2.**

Die 27jährige Magdalena von X. hatte sich — sie war schwanger und befand sich in höchst armseligen Verhältnissen — einen Diebstahl mit Einbruch zu schulden kommen lassen. Sie hatte einige Werthgegenstände bei einer Frau für nicht bezahltes Waschgeld in Pfand gegeben. Sie verlangte dieselben zurück, und als dies nicht geschah, erbrach sie eine Kiste und entwendete einige Ringe. — Erbliche Belastung fehlt nach Ansicht der Verfasser vollkommen. Der Vater, sonst gesund, ergab sich in seinem späteren Leben dem Trunk, die Mutter war unehelich geboren, zwei von ihren Geschwistern starben an Gehirnkrankheit.

Die Beklagte, sonst stets gesund, war schon von Jugend auf bösartig, zerstörungssüchtig, grausam gegen Thiere, schamlos in Worten und Handlungen, wurde von allen Schulen fortgejagt, stahl, naschte, schimpfte ihre Eltern mit den unflätigsten Ausdrücken und musste des öfteren in öffentliche Erziehung gegeben werden. In ihrem 15. Jahre fing sie Liebeleien mit Soldaten an, kam des Abends spät nach Hause, verschaffte sich Geld, um es mit ihren Schätzen zu verkneipen, kam aus einem Dienst in den andern, verklatsche ihre Dienstherrinnen, sie wären Huren, sie hätte sie selber dabei abgefasst, trieb allerlei Ungehörigkeiten auf der Strasse, prügelte ihre Eltern durch, machte sexuelle Thorheiten mit Thieren. — Bildungsanomalien fehlen bei ihr. Fragen beantwortet sie prompt, sicher und richtig. Die zur Last gelegte Handlung sucht sie zu leugnen, in möglichst gunstigem Lichte darzustellen und die Schuld Anderen zuzuschieben. Bei der Beklagten findet sich nach Ansicht der Verfasser ein Gefühlsdefect. Liebe, Achtung, Pflicht- und Schamgefühl sind ihr unbekannte Begriffe; sie ist „geistig farbenblind". Ihre Verstandeskräfte sind normal entwickelt.

Die Sachverständigen erklären auf die vorgelegten Fragen, dass „Beklagte an moralischem Irresein leide, aber nicht an gebrechlicher Entwicklung oder geistiger Störung ihres Verstandesvermögens in strafrechtlichem Sinne." Sie musste in einer Anstalt verpflegt werden, die ein Mittelding ist zwischen Gefängniss und Irrenanstalt. *Serger.*

Digitized by Google

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Schüle-Illenau.

Allgemeine Pathologie.

Deventer, V., Die Lehre von den Temperamenten. — Psychiatrische Bladen, Theil 9, Lieferung 3.

Der eigentliche Begründer der Lehre von den Temperamenten ist *Galenus*; er nimmt nach dem Vorherrschen eines der Hauptsäfte des menschlichen Körpers Blut, Schleim, gelbe Galle und schwarze Galle 4 Temperamente an: das sanguinische, das phlegmatische, das cholerische und das melancholische. Im Laufe der Zeiten werden für die verschiedenen Temperamente eine Menge von verschiedenen Namen eingeführt, doch hat sich die Eintheilung von *Galenus* bis auf den heutigen Tag erhalten. Verf. verbreitet sich weiter über die verschiedenen Theorien, die im Laufe der Zeit aufgestellt sind, (*Henle*, *Rudolf Arndt*, *Sebastian* u. a. m.) und kommt zu dem Schluss, dass keine einzige derselben zu einem praktischen Resultat geführt hat. Auch der Verfasser hält sich an die *Galenus*'sche Eintheilung. Die Temperamente geben allein die sensitive Seite der Psyche an und sind „excentrische Zustände", die wohl innerhalb der psychologischen Breite fallen, aber von dem homo typicus, dem Durchschnittsmenschen abweichen. Die Empfindungen können Abweichungen erfahren im quantitativem und im qualitativen Sinne; sie werden verstärkt oder geschwächt wahrgenommen oder tragen das Zeichen von Lust- oder Unlustgefühlen. Es gruppirt sich Alles um den Durchschnittsmenschen herum und zwar so, dass bei dem cholerischen und phlegmatischen Temperament eine Abweichung besteht — innerhalb der psychologischen Breite — in quantitativen Sinne, bei dem sanguinischen und melancholischen Temperament in qualitativem Sinne. Bei dem cholerischen werden die Empfindungen verstärkt, bei dem phlegmatischen geschwächt wahrgenommen, bei dem sanguinischen tragen sie die Zeichen von Lust-, bei dem melancholischen von Unlustgefühlen. Da der Gefühls- und Gemüthszustand in der Regel angeboren ist, so wechseln die Temperamente in den Uebergangsperioden des Lebens nicht. Zwischen den Temperamenten und den Gemüthskrankheiten, die denselben Charakter tragen und denselben Entwicklungsgang besitzen, besteht ein inniger Verband. So entspricht dem cholerischen Temperament in pathologischem Sinne die Neurasthenie, dem pflegmatischen die Insania moralis, dem sanguinischen die Manie, dem melancholischen die Melancholie. Gemäss seines Temperamentes reagirt der Mensch in verschiedener Weise auf die Schädlichkeiten des Lebens. Das phlegmatische Temperament ist den wenigsten Gefahren ausgesetzt, das sanguinische theilt die Gefahren des Lebens am leichtesten, am mühseligsten das melancholische.

Digitized by Google

Den meisten Gefahren ist das cholerische ausgesetzt. Dasselbe ist gewissermaassen das Entartungstemperament. *Serger.*

Ballet, Gilbert, Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie. Uebersetzt von Dr. ***Paul Bongers.*** — Leipzig und Wien. Franz Deutike, 1890.

Das vorliegende Werk gibt eine vortreffliche Darstellung der physiologischen und pathologischen Verhältnisse auf dem Gebiete der Sprachverrichtung. Die Literatur ist in vollständiger Weise berücksichtigt. — Das Buch, welches sich zum kurzen Referat nicht eignet, kann zum Studium nur aufs Wärmste empfohlen werden.

Die Uebersetzung wie auch die Ausstattung sind recht gut.

Gauster, M., Die Influenza-Epidemie 1889/90 in der Landes-Irrenanstalt in Wien. — Wiener medic. Presse 4 u. 5.

Verf. theilt seine Beobachtungen mit, welche sich auf die Zeit vom 14. December 1889 bis 10. Januar 1890 erstrecken. Es erkrankten 45 männliche und 63 weibliche Pfleglinge, ausserdem 20 Pfleger und 21 Pflegerinnen, 3 auf den Abtheilungen wohnende Kinder von Pflegern (2 Knaben und 1 Mädchen) und 3 Aerzte, im Ganzen 156 Personen.

Verf. kommt zu nachstehenden Schlüssen:

1) Die psychisch Kranken wurden weniger befallen als die psychisch Gesunden, obwohl unter ersteren sehr viele geschwächte, marastische Personen sich befanden. 2) Das weibliche Geschlecht zeigte bei den Pfleglingen, also den psychisch Kranken, eine grössere Neigung zur Erkrankung an Influenza, als das männliche. Bei den Gesunden schien namentlich in Kierling und in geringem Maasse in Wien das Umgekehrte stattzufinden. 3) Die Erwachsenen waren etwas mehr befallen als die Kinder. 4) Die im Erdgeschosse wohnhaften Kranken waren etwas häufiger befallen als die höher wohnenden. 5) In den Erkrankungserscheinungen, bezüglich Ausbruch und Verlauf, dann hinsichtlich Krankheitsdauer zeigte sich kein wesentlicher Unterschied zwischen den psychisch Gesunden und Kranken. 6) Die Influenza wirkt wie andere fieberhafte Erkrankungen auf Ausbruch des Deliriums bei Alkoholisirten. 7) Eigenthümliche Psychosen, durch Influenza herbeigeführt, wurden nicht beobachtet. 8) Auf die Gehirnerkrankungen mit Geistesstörung zeigte die Influenza keinen besonderen oder eigenartigen Einfluss. Die sehr wenigen Fälle, in denen eine Rückwirkung auf die Psychose beobachtet wurde, deuten entschieden auf die manchmal auch bei anderen Erkrankungen beobachtete Fieberwirkung von Behebung oder Herbeiführung von Circulationsanomalien im Gehirn hin. *S.*

Weitzel, Zwei Kaiser. — Psychiatrische Bladen, Theil 9, Lief. 1.

Verf. bespricht das Leben und die Thaten der beiden russischen Kaiser Peter III. und seines Sohnes Paul I. vom Standpunkte der heutigen

Digitized by Google

Wissenschaft aus und kommt zu dem Schluss, dass sie beide geisteskrank gewesen sind. Sie stammten aus den erblich stark belasteten Häusern der Wasas und der Romanows. Beide hatten keine schlechte Erziehung genossen. Sie zeigten beide eine übertriebene Liebhaberei für das Militär. Sie gefielen sich vor allen darin, persönlich ihre Rekruten zu drillen und sich um Kleinigkeiten zu bekümmern, ohne zu begreifen, wozu dieselben für den Soldaten nützlich sind. Damit verband sich ein viel zu hoher Begriff von der eigenen Person. Urtheilslos vertheilten sie Belohnungen und Strafen nicht nach Gebühr, sondern nach Laune. *Serger.*

Bechterew, W., Apparate zur genauen klinischen Untersuchung des Kniephenomens. — Wjestnik psych. 8. Jahrg. H. 1.

B. betont die Bedeutung der Sehnenreflexe und dass die Untersuchung derselben trotz ihres 15jährigen Bestehens noch sehr unvollkommen und und unzureichend sei. Bespricht dann einige derartige Apparate und namentlich das von *Jakowlew*, welches auch nicht befriedigende Resultate gibt.

Für die Diagnose ist es von besonderem Werth, 1) genau zu bestimmen mit welcher Kraft der Schlag auf die Sehne erfolgt und 2) das genaue Maass der Kraft des Sehnenreflexes, welches durch den Schlag ausgelöst wird. Um dies zu erreichen, hat er einen besonderen Apparat erdacht, bestehend aus dem Feder-Hammer nach *Brisseaud*, dem Reflexometer zur Bestimmung der Kraft und Stärke des Reflexes und dem Reflexograph zur Aufzeichnung der erhaltenen schiefen Linien. Eine eingehende Beschreibung beider Theile dürfte hier zu umfangreich sein: obgleich die Apparate ziemlich einfach scheinen und auch keine besondere Schwierigkeiten bei der Handhabung darbieten können. *A. v. Rothe.*

Hughes, Bemerkung über den männlichen Reflex. — The Al. a. Neurol. Jan.

Wenn bei einem vollkommen gesunden Individuum, dessen Rückenmark ganz normal ist, besonders in seinen Genital-Centren, unter bestimmten Bedingungen der Rücken oder die Seiten des Penis in der Nähe des Damms (perineal extremity) scharf percutirt werden, so entsteht eine rasche und sehr sensible motorische Reflexwirkung (reflex motor response) oder Zurückziehung der Bulbo-Cavernosus-Partie. Dieser „virile Reflex" ist sehr ähnlich dem bekannten Cremaster-Reflex, und ist von wichtiger klinischer und physiologischer Bedeutung. Er ist abwesend bei Unreifen und bei Schwächlichen oder bei Kindern männlichen Geschlechts, welche die Pubertät noch nicht erlangt haben. Je nachdem der virile Reflex normal, geschwächt oder abwesend, kann man auf die Kraft, die Schwächung oder den Verlust der sexuellen Fähigkeiten beim Manne schliessen. Nach fortgesetzter excessiver Ausschweifung wird er geschwächt oder verschwindet, um erst

Digitized by Google

mit der sexuellen Wiederherstellung zurückzukehren. Er war abwesend bei einem alten Manne von völliger viriler Unfähigkeit. Der v. Reflex ist herabgesetzt in späteren Stadien von typhoidem Fieber und bei Sterbenden, abwesend beim Status epilepticus, aber nicht nothwendiger Weise modificirt bei Hemiplegia.

Cumming Mackenzie, John, **Die Circulation im Schädel während des Schlafes und bei Schlaflosigkeit. — The Journ. of ment. sc. Jan.**

Bezüglich des ersten Theils des Thema's, der sich nur schwer zum Auszug eignet, sei auf das Original verwiesen.

Als eine Varietät der Gehirnthätigkeit ist Schlaflosigkeit begleitet von einer regelmässigen Gefäss-Welle, von Anämie oder Hyperämie des Gehirns, während Schlaf, oder die Systole und Diastole des regulären Rythmus, zwischen beiden steht. Schlaflosigkeit ist von zweierlei Art, jenachdem sie begleitet ist von vergrössertem oder vermindertem Blutdruck im Gehirn. Dementsprechend kann man auch die Schlafmittel eintheilen in zwei grosse therapeutische Gruppen, jenachdem sie den cerebralen Blutdruck beeinflussen, welcher für die betreffende Varietät der Insomnie charakteristisch ist.

Hyoscin paralysirt alle Gehirnaufregung, gibt aber, insbesondere bei systematischer Anwendung nicht die Ruhe, in welcher das geistige Hirnorgan heilt. Seine beste Empfehlung ist, wenn die Nothwendigkeit dessen Gebrauch fortzusetzen nach wenigen Anwendungen aufhört. Systematischer Gebrauch ist aber schwer zu vermeiden, da frühe schon Toleranz eintritt.

Beinahe allgemein stellte sich Gewichtsabnahme ein, welche indessen am entschiedensten bei acuter Manie sich bemerkbar machte und möglicherweise von verdorbenem Appetit herrührte. Hyoscin wirkt eher dämpfend auf geistige Aufregung als auf die Motilität, welch letztere erst in Folge, oder secundär, herabgesetzt wird.

Urethan ist in seiner therapeutischen Wirkung nahe verwandt mit den Bromiden. Alle Schlafmittel in grossen Dosen gegeben setzen die Herzthätigkeit und die Temperatur herab. Bezüglich der letzteren bietet Sulphonal eine Ausnahme, wenn es nicht fortgesetzt gegeben wird.

In Fällen von chronischem Wahnsinn, in welchen Hyoscin ohne Erfolg angewendet wurde, wird die Wirkung des Opiums (remedium „divinum", „Gift of God") von keinem anderen Mittel erreicht. Bei schmerzhaften Zuständen sucht es den Sitz der Unruhe, wo dieser auch sei, auf, und stellt den Bruch (break) der physiologischen Einheit wieder her. Bei der Schlaflosigkeit und den Leiden des Alters nähert sich der durch Opium herbeigeführte Schlaf viel mehr dem gesunden Schlaf, während das Körpergewicht des Pat. zunimmt, ein Beweis, dass die Ernährung sich bessert.

Sulphonal soll immer fein gepulvert, wenn möglich auf die Zunge gegeben und hinuntergewaschen werden („washed down"). Wenn der

Digitized by Google

Patient gut unter der Wirkung des Mittels steht, bemerkt man zunächst Hülflosigkeit, motorische Schwäche und in geringerem Grade die Benommenheit und Zerstreutheit der Berauschung übrigens ohne heitere Erregung. Nur bei grossen Dosen ist eine Wirkung auf die Herzthätigkeit bemerkbar, welche der von Digitalis entgegengesetzt ist. Mengen, welche schon genügen um Schlaf zu erzeugen, bringen nur ein bemerkbares Sanfterwerden des Pulses hervor. Zum Theil mag dies von der vasomotorischen Erweiterung der Hautgefässe herrühren, wie bei natürlichem Schlaf. Die Temperatur fällt zuerst, steigt aber bald wieder bis über die Norm. Die Respiration wird zunächst langsamer, aber tiefer. Mit dem Steigen der Temperatur und der vasomotorischen Veränderungen wird sie wieder frequenter bei regulärem Rythmus. Die Haut- und Sehnenreflexe werden verstärkt, nehmen aber bei Fortsetzung der Dosis allmälig ab. In einigen Fällen verschwand der Patella-Reflex vollständig. — Patienten, welche eine zur Schlaferzeugung ungenügende Menge erhalten hatten, kamen in einen nervösen, wackeligen, seekranken Zustand. Die Pupillen erweiterten sich und wurden träge. Nach einer Woche klagten die Kranken über defectes Sehen, andere über Farbensehen. Geschmacks- und Geruchssinn werden nicht angegriffen, dagegen allgemein über Ohrgeräusche geklagt. Der Appetit wurde regelmässig besser, in einigen Fällen sogar bis zur Gefrässigkeit gesteigert.

Wenn grosse Dosen fortgesetzt werden kann der Patient Tag und Nacht fortschlafen. Die Muskeln werden schlaff und die Fortbewegung unmöglich. Bei weiteren Gaben hört die Willenskraft auf, beträchtliche Hautanästhesie tritt ein, insbesondere auf schmerzhafte Eindrücke, am meisten bemerkbar während des Schlafes.

Als Antidot wurden mit promptem Erfolg durch eine in den Magen geführte Röhre vier Unzen Cognac und eine Pint starken, heissen Caffee's injicirt.

Die cumulative Wirkung und Macht des Sulphonals zeigt sich am ausgesprochensten bei allgemeiner Paralyse. Hier tritt zunächst eine Verstärkung der Ataxie und Müdigkeit ein. Bei sechs lärmenden und schlaflosen Patienten wurden 10 Gran (! Ref.) allnächtlich gegeben. Nach der dritten Gabe stellte sich bei der Mehrzahl Schlaf ein und Ruhe bei Allen.

Zum Schlusse bemerkt Verf., dass natürlicher und künstlich beigebrachter Schlaf in vielen ihrer bemerkbaren Aeusserungen sehr ähnliche Erscheinungen darbieten; aber „was ist Schlaf?“ so schliesst Verf. seine sehr interessante, inhaltreiche Abhandlung über die Störungen des räthselhaftesten, wenngleich alltäglichsten seelischen Phänomens.

Kiernan, Jas. G., Die Entwicklung von Täuschungen bei Zwangsvorstellungen. — The Al. a. Neurol. Jan.

Allen Fällen von Zwangsvorstellungen (imperative conceptions) ist die Empfindung der Knechtschaft (bondage) gemeinsam, unter welcher der

Digitized by Google

Kranke gezwungen ist, eine gewisse triviale oder unangenehme Gedankenbahn zu verfolgen, während das Denken sonst gesund ist.

Die Phänomene, welche von *Meynert* „Gedächtnisstäuschungen" (delusions of memory) genannt werden, entstammen aus solchen imperativen Conceptionen. Letztere ercheinen in der Erinnerung nicht als ein Nicht-Wirkliches, sondern als Thatsachen. Dieser geistige Zustand gleicht sehr demjenigen, welcher bei hypnotisirten Personen beobachtet wird, wenn Suggestionen, die während des hypnotischen Zustandes gemacht wurden, nach der Wiederherstellung des Bewusstseins in der Erinnerung auftreten, ohne Wissen des Ursprungs. Die Hülfe, welche diese Gedächtnissstörungen der Entwicklung von Wahnvorstellungen durch imperative Conceptionen leisten, ist offenbar.

Um Hallucinationen durch imperative Conceptionen zu erzeugen, war es in einem (vom Verf. citirten) Falle nur nöthig, dass der verhältnissmässig gesunde geistige Hintergrund verdreht (distorted), dass die geistige „Chorea" sozusagen zur geistigen „Epilepsie" wurde.

Solche Umwandlungen kommen bei Zwangsvorstellungen auch in einem übrigens gesunden Geist vor. Andrerseits werden imperative Conceptionen auch als solche von Paranoia-Kranken erkannt. Hallucinatorische Phänomene können bei Paranoia auch lange Zeit neben und mit imperativen Conceptionen gemeinsam vorkommen. —

„Grübelsucht" besteht nach *Conolly Norman* im wesentlichen darin, dass der Geist von einer gebieterischen Vorstellungs-Richtung, in Form beständiger Fragestellung, beherrscht ist, von einem fortwährenden krankhaften Hang Alles auszufragen und zu untersuchen, von einer Unfähigkeit in befriedigender Weise die gewöhnlichen Postulate der Erkenntniss anzunehmen, wodurch schliesslich eine völlige Unfähigkeit entsteht, die Aufmerksamkeit auf irgend etwas zu richten mit Ausnahme des „Abspinnens eines endlosen Gewebes sinnloser Fragen".

Verf. hält dies nicht für einen activen Zwang, wie bei der eigentlichen imperativen Conception, „sondern für eine Störung des „Ich", welche zur Unsicherheit führt und daher zu Anstrengungen diese Unsicherheit zu lösen. Bei der „wirklichen" Zwangsvorstellung haben wir Beides: Ungewissheit und actives Sich-Quälen. Störung der Abstraction (abstraction-field) erzeugt die Unsicherheit, welche der „Abulia" in der Melancholie zu Grunde liegt und „Grübelsucht". Für gewöhnlich vollziehen sich die Functionen des Abstractionsgebiets in einer gleichsam automatischen Weise. Physische Erschöpfung und andere Zustände constitutioneller Störung können diesen Automatismus zerstören, sodass das Individuum sich der Willenskraft thätig bewusst wird, welche nöthig ist, um die Vorstellungen zu controlliren, welche fortwährend von Sinneseindrücken geliefert werden. Von dem Grade der Schwächung hängt es ab, ob einfache Unsicherheit, die krankhafte Analysis der Grübelsucht entsteht oder die ausgesprochene Zwangsvorstellung mit ihrer Umwandlung in die imperative

Digitized by Google

That. Wenn das Abstractionsfeld noch mehr geschädigt wird, tritt das von *Lasègue* beschriebene Phänomen ein, welches später in dem Maasse als das parasitische „Ego" Herrschaft gewinnt, zu Störungen in der Einheit der Ich-Persönlichkeit führt.

In Zuständen von „systemic exhaustion" mag wirkliches impulsives Irresein erfolgen, welches in Wahnvorstellungen mit impulsiven Acten übergeht, auf Grund von Hallucinationen, die im parasitischen „Ich" enthalten sind und von diesem entäussert werden.

Schüle und *Krafft-Ebing* glauben, dass imperative Conception und verwandte Zustände Aeusserungen von Degeneration seien. Diese Zustände kommen indessen nach Verf. auch in temporär neuropathischen Zuständen vor, welche in sonst gesunden Individuen die Ich-Einheit störend beeinflussen.

Bancroft, Ch., **Automatische Muskelbewegungen bei den Geistesgestörten; deren physiologische Bedeutung. — The Am. Journ. of Psych.**

Willenskraft und functionelle Thätigkeit des Cortex sind in einer bis jetzt noch unaufgeklärten Weise wechselseitig von einander abhängig. Die Störung dieser Centren bei Geistesstörung, herrührend von verdorbener Ernährung, defecter Leistungskraft oder gröberen Structur-Veränderungen, schwächt daher die Willenskraft des Individuums. Die „functionelle Activität" der Rindencentren kann durch Geistesstörung vollständig aufgelöst und in Folge dessen die normale Ausübung des Willens gestört, wenn nicht völlig aufgehoben sein. Die Thätigkeiten der basalen Ganglien hingegen, welche nun nicht mehr unter den führenden und controllirenden Einflüssen der Rindencentren stehen, fahren fort, sich in automatischer Weise kund zu thun. Deshalb können sehr leicht bei schweren acuten und besonders bei chronischen Zuständen von Geistesstörung, zwecklose Gedanken und Handlungen von automatischem Charakter diesen ernsten Störungen der höheren cerebralen Centren folgen.

Im Verhältniss, in welchem das Hemmungsvermögen oder die Willensthätigkeit durch die Gehirnkrankheit geschwächt sind, werden die sinnlosen automatischen Bethätigungen vorwaltend sein. Da ein ungeschwächtes Hemmungsvermögen (Willensthätigkeit) an die gesunde functionelle Activität der höchsten Centren des Cortex geknüpft ist, so folgt, dass automatische musculäre Bewegung in abwechselndem Grade gewisse acute und beinahe alle chronischen Zustände von Geistesstörung begleiten und auszeichnen.

Bei sorgfältiger Aufsicht kann man es erreichen, viele nutzlose und fehlerhafte Gewohnheiten der Irren zu sistiren durch Beschaffung einer einfachen mechanischen Beschäftigung der Hände, wodurch die durch das Hirnleiden in krankhafter Weise abgelenkte Nerventhätigkeit nutzbar gemacht wird.

Digitized by Google

Die Stellungen, welche oft lange Zeit von Geistesgestörten beibehalten werden, sind ein ziemlich sicheres Zeichen für tiefe krankhafte Störungen des Centralorgans der Innervation.

Fälle von Melancholia attonita und chronischer Dementia geben am häufigsten Gelegenheit zur Beobachtung von krankhafter Haltung des Körpers und der Glieder. Die letztere rührt von der Aufhebung der besprochenen functionellen Activität des Grosshirns her. Bei Melancholie mag diese Suspension nur vorübergehend sein, bei Dementia dagegen dauernd, in Folge von Structurveränderungen in den Nervencentren. Bei stuporoser Melancholie scheinen die gedankenbildenden Centren nahezu functionell inactiv zu sein, entweder in Folge von Shok oder ungenügender Ernährung (Blutbeschaffenheit).

Aetiologie.

***Wright, Adam H.*, Das gemüthsbewegende Element während der Puerperalperiode. — The Journ. of nerv. a. ment. dis. Mai.**

Verf. hat im Gegensatz zu vielen anderen Forschern zahlreiche Fälle beobachtet, welche zweifellos bewiesen, dass Ursachen rein nervösen Ursprungs sehr ernste Folgen haben konnten. Während der Schwangerschaft und der Puerperalzeit sind insbesondere die psychischen und Wärmecentren des Nervensystems in einem Zustande von Hyperexcitabilität, und es scheint, dass tiefe Eindrücke auf die psychischen Centren gewisse Einwirkungen auf die Wärmecentren ausüben, und diese rückwirkend jene merkwürdigen Ergebnisse lieferten, welche in ihrem Charakter wieder vorübergehend oder einigermaassen permanent sein können.

In zwei Fällen waren die Temperatursteigerung und die begleitenden Symptome einzig und allein nur der Reaction auf Gemüthsbewegungen zuzuschreiben. Eine Temperaturerhöhung von 7° (Fahrenheit), welche in kurzer Zeit (2 Min. bis 1 Stunde) eintrat, wurde mehrfach beobachtet.

In manchen ernsten, mit Lebensgefahr verbundenen Fällen konnte eine rein nervöse Störung den Tod herbeiführen.

***Wells, Thomas L.*, Geisteskrankheiten bei Kindern. — The Journ. of nerv. a. ment. dis. April.**

Die verursachenden Factoren dieser Störungen sind: Vererbung, fehlerhafte Erziehung und Erziehung durch Eltern von gestörtem geistigem Gleichgewicht.

Die befriedigende Classification dieser Fälle bietet Schwierigkeiten. Während Epilepsie die gewöhnlichste Nervenkrankheit bei Kindern zu sein scheint, so kommen doch auch alle anderen Formen von Geisteskrankheiten

Digitized by Google

vor, ausgenommen Paresis. Sie scheinen indessen eher zu den Merkmalen eines geistigen Defects zu gehören, und die Mehrzahl der Fälle mag passend unter Idiotismus oder Imbecilität untergebracht werden. Von der Mehrzahl der geisteskranken Kinder mögen die einen als Beispiele von intellectueller Unzulänglichkeit, die anderen als solche von moralischer Perversion oder Unzulänglichkeit, mit oder ohne Aufregung zu betrachten sein. Eigentlich sollte man die meisten Fälle, welche wegen der grossen Erregung von Körper und Geist als Beispiele von Manie beschrieben werden, vielmehr als Fälle von Idiotismus oder Imbecilität mit manischer Aufregung ansehen.

In einer grossen Anzahl von Fällen wird eine angemessene Behandlung eine wesentliche Besserung bewirken. Meist ist dazu eine Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen, sofern diese nicht angemessen, nothwendig.

Herzog, Benno, **Einiges über das psychische Verhalten der mit dem *Koch*'schen Mittel behandelten Kranken. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 16 S. 580.**

Die durch das Fieber als solches erzeugten Symptome, sowie die im postfebrilen Stadium aufgetretenen lässt Verf. unberücksichtigt, sondern beschäftigt sich nur mit den Fällen, bei welchen die Psyche allein auf die Injectionen reagirte.

Viele Pat. zeigten (nach 1—2 mg oder erst nach 10—20 mg) ausgesprochene Schlaflosigkeit, welche durch Brom, Sulfonal nur schwer zu bekämpfen war. Bei andern traten Ermüdungszustände auf, Präcordialangst, Depression, welche sich oft in heftigem Weinen äusserte. Wahnideen und Hallucinationen fehlten.

Besonders ernst gestaltete sich die Erkrankung einer 38jährigen, ledigen Lehrerin, welche hereditär stark zu Psychosen disponirt war.

Diese wird wegen beginnender Tuberculose der *Koch*'schen Behandlung unterzogen. Vor den Injectionen war der geistige Zustand normal, von einer „leicht gehobenen" Stimmung abgesehen.

Am 16. Jan. wird mit der Kur begonnen (1 mg): Mattigkeit, Schlaflosigkeit, sonst nichts Auffallendes.

Bis zum 28. Februar ist die Dosis auf 5 mg gestiegen (kein Fieber). Am 1. März leichte „Verwirrtheit"; Pat. verwechselt Worte oder findet die richtigen nicht. Am 2. März treten die Menses ein, welche auch früher schon von psychischen Anomalien (confuses Verhalten beim Schulunterricht) begleitet gewesen waren. An den folgenden Tagen schreckhafte Gesichtshallucinationen, Verworrenheit mit kurzdauernden klaren Intervallen. Die Benommenheit nimmt zu. Nach 4 Tagen Stupor (Sondenfütterung), Unterlappenpneumonie. 8 Tage später Exitus. Die Section ergibt an den Lungen die zu erwartenden Befunde, am Gehirn und seinen Häuten nichts Pathologisches.

Digitized by Google

***Haig, A.*, Harnsäure bei Krankheiten des Nervensystems. — Brain, April.**

Alle „Harnsäure"-Krankheiten rühren von der Zurückhaltung der Säure im Körper (im Blut und in den Geweben) her, nicht aber von einer Mehrbildung. Wenn nur 1 Gran H.-S. täglich zurückgehalten wird, so kann dies in einem Jahr mehr als eine Unze angesammelter H.-S. ausmachen. Einen solchen Zustand nennt *Jacksch*: Uric-acidaemia. Verf. schreibt der Anwesenheit dieser H.-S. eine Reihe Nervenkrankheiten zu. Diese werden gehoben, sobald man den Harnsäureüberschuss entfernt hat. Dieser verursacht unter Anderem: Migraine (Harnsäurekopfweh), Schwindel und vorübergehende Schwächung des Gesichts, Convulsionen, Schlaflosigkeit, geistige Depression, Reizbarkeit u. s. w. — Bier, Wein, Säuren, Eisen, Blei, Quecksilber vermindern die Ausscheidung der Harnsäure im Harn, ferner Opium weil es die Alkalinität des Blutes herab- und die Acidität des Harns heraufsetzt. Vermehrt wird dagegen die Ausscheidung der H.-S. durch Alkalien, durch phosphors. Natron und salicylsaure Salze.

Alle Substanzen, welche die Löslichkeit der Harnsäure im Blut begünstigen, vergrössern auch die Ausscheidung im Harn und umgekehrt. Ein Uebermaass von H.-S. im Harn erlaubt immer einen Rückschluss auf ein Uebermaass im Blut.

Geistige Verfassung variirt direct mit dem relativen Gehalt an Harnsäure im Harn. Geistige Exaltation entspricht einer Minusexcretion, dagegen Kopfweh, ein epileptischer Anfall oder geistige Depression einer Plussecretion, welche die Folge einer voraufgegangenen Minussecretion sein kann.

Arterielle Spannung wechselt direct mit dem Harnsäuregehalt des Blutes, d. h. wenn die Säure nicht an ein Salicylat gebunden ist. Migraine wird also eine locale Gefäss-Wirkung der Harnsäure bedeuten.

Bei einer Diät von dreimal Fleisch täglich mit Bier und Wein wird ein Mann in einigen Jahren mehrere Unzen Harnsäure im Körper ansammeln, während bei einer Diät, in welcher Milch mit wenig Fisch oder Ei die alleinige animalische Nahrung bilden, die erzeugte Harnsäure beinahe vollständig und leicht ausgeschieden wird. Die erwähnten Anfälle werden vollständig verhindert ohne Anwendung von Droguen.

In naher Beziehung zu Migraine und Convulsionen stehen geistige Depression, Dumpfheit und Unfähigkeit für geistige Anstrengung. Verf. schreibt die vielen Selbstmorde im Juli der vermehrten Ausscheidung von H.-S. in den warmen Monaten zu. In den kalten Monaten (Januar) beobachtet er eine Minusexcretion. Während der Mehr-Ausscheidung findet eine verhältnissmässig hohe arterielle Spannung mit Gehirnanämie und geistiger Depression statt. Zwei Curven, die Temperaturen und die Anzahl der Selbstmorde darstellend, werden sehr nahe correspondiren, insbesondere im ersten Theil der warmen Jahreszeit bis zum Juli incl. Eine

Digitized by Google

zeitige Dosis von Säure wird manchen Selbstmord, bezw. Mord verhüten. Auch die häufigeren Selbstmorde während der Menstrualperiode haben dieselbe Ursache. Desgl. die vermehrten Selbstmorde nach der Influenza 1890.

Das sog. Morgenkopfweh rührt davon her, dass in den frühen Morgenstunden der Ueberschuss an Harnsäure im Blut am grössten ist. Die Acidität des Harns erreicht ihr Maximum gegen Mitternacht. Dann ist der H.-S.-Gehalt des Blutes verschwindend. Die H.-S. wird in andere Quartiere gedrängt und bewirkt Verschlimmerung der gichtischen und rheumatischen Schmerzen. Beim Ebben der Acidität nach Mitternacht bis gegen 5, 6 und 7 Uhr wird dies Alles umgekehrt. Die Arterien und Capillaren contrahiren sich, die Tension steigt, das Herz verlangsamt, beim Erwachen fühlt man Schwere, Dumpfheit und grosse Abneigung gegen das Aufstehen mit der Empfindung, dass man den Schlaf viel nöthiger habe, wie beim Beginn des letzten Theils der Nacht. Der Harn ist sehr spärlich, beispielsweise 35 bis 40 ccm pro Stunde in Folge von Contraction der Nieren-Arterien; eine Opiumdose in fester Form, wodurch die Gefässe erschlafft wurden, bewirkte so in der folgenden Stunde eine Ausscheidung von 234 ccm.

Hysterie und Hysteroepilepsie sind ebenfalls geistige Effecte der Harnsäure. Bei Urämie handelt es sich um ein Gift, welches, wenn nicht Harnsäure, jedoch dieser sehr ähnlich wirkt.

Auch erzeugt Harnsäure Paresis oder gar Paraplegia, ferner Aphasia, Ischaemia, Thrombosis. In einigen Fällen setzte sich die arterielle Contraction genügend lange fort, um Thrombosis mit bleibendem Verlust des Sehvermögens zu bewirken. Hier gehen in der Retina in Begleitung mit Migraine und hoher arterieller Tension dieselben Veränderungen sichtbar vor sich, welche in anderen unsichtbaren Regionen des Gehirns die Ursache von Epilepsie-Anfällen u. s. w sein können.

Auch bei vielen Fällen von Nephritis, welche von geistiger Depression u. s. w. begleitet waren, wirkte eine Herabsetzung der arteriellen Tension und eine Beschleunigung des Pulses sehr günstig auf die geistige Verfassung ein.

Im Allgemeinen wird man bei Anwesenheit von Uric Acidaemia zunächst die Harnsäurevorräthe zu entfernen haben, indem man zunächst Säuren gibt (um den Magen in gute Stimmung zu bringen) und dann für einige Tage salicylsaures Natron, um die Harnsäure aus dem Körper zu entfernen. Nun geht man zu Milch und Mehldiät über.

Wenn das Nervensystem durch Strapazen, fehlerhafte Nahrung u. s. w. deprimirt ist, wird ein kleiner Betrag von Harnsäure im Blut genügen, um Functionsstörungen zu bewirken. Wenn aber Uric Acidaemia (durch Einhaltung zweckmässiger Diät u. s. w.) verhindert wird, so wird das Nervensystem niemals selbst diese Störungen verursachen. Wir haben völlige Macht, die vasculären Bedingungen hervorzurufen oder zu verhindern, und so sind auch die nervösen Störungen, welche diesen

Digitized by Google

Bedingungen folgen, ebenfalls bis zu einem hohen Grade in unserer Gewalt.

***Bjeljakow, S. A.*, Ueber den Einfluss der Erkrankungen des Gehörorganes auf die Entwicklung und den Verlauf der Geisteskrankheiten. — Wjestnik psych. VIII. Jahrg. H. 2.**

Die sehr umfangreiche Arbeit, 77 Seiten, zerfällt in 4 Abschnitte; im 1. und 2. behandelt Verf. auf das eingehendste die Anatomie, Histologie und Physiologie des Ohres, die Aetiologie der Erkrankung des Ohres und den Einfluss dieser Erkrankung auf das Entstehen von Geisteskrankheiten, wobei er die Literatur dieser Gegenstände von der ältesten bis auf die allerneueste Zeit höchst gewissenhaft berücksichtigt und anführt.

Im 3. Abschnitt bringt er seine eigenen Beobachtungen die er während mehrerer Jahre als Primarius an der Anstalt Allerleidtragenden bei Petersburg sehr gewissenhaft gesammelt und theils selbst beobachtet hat.

In seinen Beobachtungen benützte er nur Fälle von Otitis medico-interna purulenta chronica v. acuta. Fälle von Katarrh werden, da ihre Erklärung weniger bestimmt, ausgeschlossen. Solcher Beobachtungen hatte *B.* 24, von denen 17 lethal verliefen und in welchen eine sehr genaue Autopsie erfolgte.

Da die Otitis interna während des Lebens nicht immer, wenigstens bei unseren Kranken, erkannt wird, so wurde bei allen Sectionen darnach gesucht und es ergab sich:

Im Jahre		1887	wurden	29	Sectionen	gemacht	wobei	Otitis	interna	4	mal
-	-	1888	-	36	-	-	-	-	-	4	-
-	-	1889	-	36	-	-	-	-	-	4	-
-	-	1890	-	34	-	-	-	-	-	5	-
				135	Sectionen			mit	Otitis	interna	17 = 12,3%.

Was die Psychosen anbelangt, bei welchen Otitis interna constatirt wurde, so fand man dieselbe bei Melancholie 1 mal, Paranoia halluc. acuta 1 mal, Paranoia halluc. chron. 8 mal, Dementia consecut. 2, Psychosis epilep. 3, Paralys. progres. 4, Delirium acut. 1, Dementia senilis 1 und Hebephrenia 3 mal.

Aus diesen angeführten Zahlen sehen wir, dass die Otitis interna bei 24 Beobachtungen, 9 mal bei Paranoia halluc. chronica und acuta, also ca. 37,5% aller Fälle gefunden wurde. Näher auf die einzelnen Beobachtungen einzugehen, würde mich zu weit führen, und ich begnüge mich daher, das Resumé des 4. Abschnittes, in den von dem Verf. aufgestellten Thesen zu geben:

1. Ein entzündlicher Process des Gehörorganes ist nicht selten die Ursache zur Entstehung von Geistesstörung, besonders des hallucinatorischen Irreseins, welches bei ungünstigem Verlaufe des localen Processes,

Digitized by Google

sehr häufig in secundäre Demenz überzugehen pflegt, was wie bewusst dieser Form sonst nicht eigen ist.

2. Einseitige Gehörshallucinationen sind sehr häufig das Resultat einer erhöhten Erregbarkeit der Rindencentren in Folge Uebertragung von Reizen des peripheren Gehörnervens.

3. Doppelseitige Gehörshallucinationen mit verschiedenem Charakter auf beiden Seiten, welche die Hypothese der selbständigen Function jeder Gehirn-Hemisphäre stützen, können ebenfalls durch Erkrankung des peripheren Gehörorganes hervorgerufen werden.

4. Reizung des Gehörorganes ruft nicht allein Gehörshallucinationen, sondern in Folge des Einflusses anf die Thätigkeit der anderen Sinnes-Organe, auch andere Sinnestäuschungen hervor, besonders solche des Geschmackes, Geruches und der allgemeinen Empfindung.

5. Der Charakter der Sinnestäuschung trägt in einem gewissen Grade das Gepräge der Selbstempfindung des Kranken an sich.

6. Bei einem grossen Theil solcher Geisteskranken, die an Ohrenkrankheiten leiden, findet man eine Gehörshyperästhesie, welche in Folge von Geräuschen oder gewisser musikalischer Töne sich in eine unangenehme ja selbst krankhafte Gehörsempfindung umwandelt, während dem die Gehörsschärfe einer solchen Gehörshyperästhesie nicht nur nicht entspricht sondern grösstentheils vermindert ist.

7. Der bei der eiterigen Otitis der Paukenhöhle häufig beobachtete reichliche Speichelfluss findet seine Erklärung in einer Reizung der Chorda tympani und der Plexi tympanici.

8. Ebenso wie man auch die von Zeit zu Zeit auftretende hypochondrische Verstimmung und die Präcordialangst, durch eine Reizung der Rami auricularis nervi Vagi und reflectorische Uebertragung dieser Reize nach den entsprechenden Centris erklärt.

9. Die bei Verbindung der Geistesstörung mit Gehörserkrankung beobachteten Sinnestäuschungen finden nur bei derartigen Kranken statt, bei welchen die psychische Thätigkeit und die Apperception noch nicht ganz erloschen sind. Apathische Geisteskranke (Schwachsinnige) reagiren nicht auf periphere Empfindungs-Reize.

10. Die procursive Epilepsie kann in einer gewissen Abhängigkeit von Erkrankungen des Labyrinths stehen.

11. Die durch Entzündungsproducte hervorgerufene Reizung des Gehörorganes kann das Bild einer Pseudoparalysis generalis vortäuschen.

12. Gehörshallucinationen, welche, wie bekannt, bei der allgemeinen Paralyse zu den grössten Seltenheiten gehören, können bei derselben in Folge von Otitis und einseitiger Erkrankung des Gehörorganes auftreten, wobei die Hallucinationen gewöhnlich auf derselben Seite sich localisiren.

Beim Lesen dieser Arbeit hat man das angenehme Gefühl, dass sie nicht nur mit ausserordentlichem Fleiss und Gewissenhaftigkeit, sondern con amore geschrieben wurde. In der russischen Literatur, wo dieser Gegenstand,

Digitized by Google

wenn mich mein Gedächtniss nicht täuscht, zum ersten Male berührt wird, nimmt dieselbe eine hervorragende Stelle ein. *A. v. Rothe.*

***Barnes,* Ueber die Beziehungen zwischen Geschlechtsfunctiou und seelischen Störungen beim Weibe. — Provinz. med. journ. Nov. 1890. Centralblatt für Gynäkologie.**

Ausserordentlich häufig ist die Verbindung von seelischen Störungen mit Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ja sogar häufiger als erkannt wird. Wie weit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden besteht, ist die Frage. Dass ein Einfluss der Menstruation auf das Seelenleben schon beim gesunden Weibe vorhanden ist, beweisen nicht allein die Zeiten der Evolution und Involution, sondern auch im mittleren Lebensalter ist der Eintritt der Regel von Veränderungen im Nervenleben begleitet. Auch der Eintritt von wirklichen Nervenleiden und Geisteskrankheiten ist oft an solche Veränderungen der Geschlechtssphäre gebunden. Namentlich zur Zeit der Involution besteht eine gefährliche Spannung des Nervensystems, so dass nur wenige Weiber ohne alle nervöse Störungen durch sie hindurchgehen. Auch bald nach der Heirath stellt sich nur gar zu oft bei jungen Frauen Geisteskrankheit ein. *Dütt* betont daher die Gefahr einer Heirath in der Zeit des Klimakteriums. Noch deutlicher ist die Neigung zu Geisteskrankheit bei den gleichfalls physiologischen Zuständen der Schwangerschaft und des Wochenbettes; während derselben treten auch andere Nervenkrankheiten, z. B. Chorea und Epilepsie auf, sowohl ganz von Neuem als auch nach längerer scheinbarer Heilung. Dysmenorrhöe mit oder ohne Menorrhagie ist eine weitere Veranlassung. Der Blutverlust an sich bedingt Veränderung der Blutwirkung und somit der ganzen Ernährung. Hieraus resultirt das Heer nervöser Störungen, gewöhnlich mit dem Ausdruck der Hysterie zusammengefasst, welche oft nur eine Vorgängerin einer wahren Psychose ist. In seinem Journal hat *B.* eine ganze Reihe von Fällen verzeichnet, in welchen die Heilung einer Dysmenorrhöe auch die Heilung verschiedener Nervenstörungen, der Hysterie herbeiführte. Ebenso in die Augen springend ist der Zusammenhang zwischen Amenorrhöe und Chlorose. Sehr häufig ist auch die Aufsaugung von Fäcalmassen bei Verstopfung als Ursache von Störungen aufzufassen. *B.* nennt dies passend „Koprämie“ und betont die ausserordentliche Häufigkeit habitueller Verstopfung bei Geisteskranken. Eigene Beobachtungen und solche von *Newington* zeigen, dass zuweilen auch Manie durch Ausräumung alter Kothmassen aus dem Dickdarm unmittelbar geheilt worden ist. Solche Anhäufungen von Kothmassen wirken nicht allein durch die „Koprämie“ schädlich, sondern auch durch Druck auf die Beckenorgane, darunter auch den Plexus sacralis, wodurch ein Reizzustand der unteren Rückenmarkabschnitte herbeigeführt wird. Aehnliche Reizzustände sind auch die Folge der Unregelmässigkeiten der Menstruation, welche durch Lageveränderungen der Gebärmutter bedingt sind. Es entstehen

dann daraus die sympathischen oder reflectorischen Nervenerscheinungen, welche sich nicht selten zu Melancholie oder Manie steigern. Selbst nach längerem Bestehen einer Retroflexio mit Hyperplasie des Uterus sah *B.* durch Heilung dieser Krankheit eine Kranke auch von ihrer Geisteskrankheit genesen, eine andere schwanger werden, Zwillinge gebärend und zu völliger Gesundheit an Geist und Körper zurückkehren. Aehnliche Fälle sind von anderen Schriftstellern mitgetheilt: *Benington, Louis Mayer, Schröder van der Kolk, Flemming* und *Griesinger.*

Ebenso kann es keinem Zweifel unterliegen, dass Verfall und Erkrankung der Eierstöcke nicht selten zu Nervenstörungen aller Art disponiren und dass ihre Entfernung dann angezeigt sein kann. Umgekehrt scheint aber die Ovariotomie und Ovariektomie auch Geisteskrankheit hervorrufen zu können. *Spencer Wells* sah zwei Frauen mit erblicher Belastung danach geisteskrank werden. *Savage* in Birmingham, der 483 mal die Uterusanhänge entfernt hatte, sah 4 Operirte geisteskrank werden, später aber genesen, während eine durch Selbstmord in Geistesstörung endete. *Thomas Keith* ist der Ansicht, dass die Entfernung kranker Eierstöcke niemals Geisteskrankheit erzeuge, fand aber, dass 6 von 64 Frauen, an denen er die Hysterektomie mit Entfernung der gesunden Eierstöcke vorgenommen hatte, geisteskrank wurden. Dies bestreitet aber wieder *Lawson Tait*, welcher dagegen Geisteskrankheit 3 mal völlig heilen sah, nachdem wegen Myom die Kranken operirt waren; auch offenbare Excentricitäten und Trunksucht sah er unter ähnlichen Bedingungen verschwinden. Bei diesen sich widersprechenden Ansichten ist eine Entscheidung noch abzuwarten. Die Frage, ob man berechtigt sei, bei einer Geisteskranken eine lebensgefährliche Operation auszuführen, muss entschieden mit „ja" beantwortet werden; es ist offenbar dieselbe Sache wie bei den Kindern. (So ganz einfach dürfte die Entscheidung der Frage doch nicht sein. Ref.) Nicht sehr befriedigend sind die Ergebnisse der Operation bei Epilepsie, die oft mit Menstruation verbunden ist. *B.* hält die Entfernung der Eierstöcke nicht für gerechtfertigt. Die Wahnvorstellung einer Nothzüchtigung ist nicht immer mit Geschlechtskrankheiten verbunden, obgleich man ihr in Fällen von Krebs des Mastdarmes und der Gebärmutter begegnete. Gewiss hat *B.* Recht, wenn er sagt, dass es oft schwer ist, Schlechtigkeit von Geisteskrankheit zu unterscheiden. Die Analogie zwischen Schwangerschaft und Entwicklung eines intrauterinen Tumors wird durch einen Fall von *Rother* beleuchtet: eine Dame wurde während ihrer ersten Schwangerschaft geisteskrank, als 10 Jahre später wiederum Geistesstörung auftrat, hielt man sie wieder für schwanger, bis *B.* einen kleinen intrauterinen Polypen entdeckte, nach dessen Entfernung sie genas. *S.*

Digitized by Google

Therapie.

***Brosius*, Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken. — Psychiatrische Bladen. Theil 9, Lieferung 1.**

Der Artikel weist die Behauptung *Neisser*'s zurück, dass *Ludwig Meyer* der erste gewesen sei, der auf die Wichtigkeit der Bettbehandlung bei aufgeregten Geisteskranken aufmerksam gemacht habe. Dies Verdienst gebührt vielmehr *Guislain* und *Conolly*. Auch ist die Wichtigkeit der Bettbehandlung noch nicht genügend bekannt. Der Verf. selbst hat bereits vor 30 Jahren bei aufgeregten Geisteskranken die Bettbehandlung angewendet und darüber Mittheilungen gemacht im Irrenfreund 1862 No. 6 und verschiedenen Berichten seiner Anstalt. Die Bettruhe ist das souveräne Mittel zur Bekämpfung der psychischen Aufregungs- und Depressionszustände, denn sie arbeitet der Consumption der Kräfte entgegen, besonders bei schwachen und blutarmen Menschen und bei denen, die in Folge von geistiger oder körperlicher Ueberanstrengung erkrankt sind. *Serger.*

***Preller*, Die Wasserkur und ihre Anwendungsweise. — Leipzig, J. J. Weber. 1891.**

Das Buch zerfällt in zwei Theile, in einen allgemeinen und in einen speciellen Theil. Der erste befasst sich mit der Geschichte und der Literatur der Wasserbehandlung, mit dem Verhältniss derselben zu andern Kurmethoden und mit dem Bau der Haut und der Nerven und Gefässe. Etwas genauer werden die Temperaturwirkungen des Wassers, Kälte und Wärme betrachtet. Die Kälte wirkt auf die tiefer gelegenen Organe durch die Abkühlung der ganzen Blutmasse und durch die Reizung der Nerven. Man unterscheidet verschiedene Stadien der Kältewirkung: im ersten Stadium contrahiren sich die Gefässe, die Nerven werden abgestumpft, es verschwindet das Blut von der Oberfläche und die Haut fühlt sich kalt an. Darauf folgt die Reactionswirkung: der Wärmeverlust wird durch stärkeres Strömen des Blutes ausgeglichen, die Haut röthet sich, unter Umständen erfolgt Schweissbildung. Die Stärke der Reaction richtet sich nach der Grösse und der Dauer der vorhergegangenen Kältewirkung, nach der Form der Temperaturwirkung, der dabei vorgenommenen Muskelthätigkeit und der Disposition des ganzen Organismus. Obwohl das warme Bad genau entgegengesetzte Veränderungen hervorruft — nämlich Ausdehnung der Capillaren und Erschlaffung der Gewebe mit nachheriger Contraction derselben, so ist der schliessliche Effect doch derselbe wie beim kalten Bade: Vermehrung der Circulation in der Haut und den dem Wasser zugänglichen Theilen. Ausser der ersten Reaction findet sich bei gewissen Badeformen noch eine zweite, die der Erstwirkung gewöhnlich ähnlich, aber bei verschiedenen Anwendungsweisen gewöhnlich verschieden ist. Die indifferenten Bäder wirken nur mechanisch durch den Druck und die auflösende

Digitized by Google

Kraft des Wassers, bringen keine Reactionserscheinungen hervor, beruhigen aber länger angewandt das Nervensystem. Der zweite Abschnitt behandelt die Formen und Methoden der Anwendungsweise des Wassers. Verfasser unterscheidet nach der Temperatur dreierlei Arten von Bädern: niedere von 1—30° C., indifferente von 30—34° C., hohe von 36—45° C. Es werden nun die verschiedenen Anwendungsweisen detaillirt besprochen und bei jeder Form die genaue Technik, die Gefahren, die Vor- und Nachtheile angegeben: innerliche Anwendung des kalten und heissen Wassers, die Anwendung in Körperhöhlen, die nassen Abreibungen und Abwaschungen und Uebergiessungen, die Douche und verschiedenen Formen von Bädern. Dass bei der Wassserkur, die eine der rationellsten Heilmethoden ist, die arzneiliche und diätetische Behandlung nicht ausser Acht gelassen werden darf, versteht sich von selbt, doch ist sie nicht die Hauptsache. Ein Anhang enthält ein Verzeichniss derjenigen Krankheiten, bei denen die Wasserbehandlung angebracht erscheint und eine Tabelle der Wasserheilanstalten Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz. *Serger.*

***van Deventer*, Der Einfluss der Tonkunst auf psychopathologische Zustände. — Versammlung der Niederländischen Vereinigung für Psychiatrie zu Utrecht am 27. November 1890. Psychiatrische Bladen, Theil 9, Lieferung 1.**

Schon im Alterthum ist die Musik zur Heilung von Krankheiten angewendet. *Thales* soll durch Zitherspiel mehrere Menschen von der Pest kurirt haben. *Pythagoras* hielt die Musik für ein Hauptheilmittel bei der Behandlung von Krankheiten, *Empedocles* brachte einen Rasenden durch das Zitherspiel zur Ruhe und *Hippocrates* bemerkt bereits, dass nicht jede Musik für jeden Kranken passend ist. In der neuern Zeit hat sich besonders *Esquirol* bemüht, den Einfluss der Musik auf Geisteskranke festzustellen. Die Kranken, Reconvalescenten — ruhige Wahnsinnige, Maniaci und einige Melancholische, waren sehr aufmerksam, ihre Gesichtszüge erhielten einen lebhaftern Ausdruck, alle blieben aber ruhig. Einige wurden wehmüthig gestimmt und fingen an zu weinen, andere versuchten selber mitzuwirken. Später spielten die Musikanten in den Abtheilungen bekannte Volkslieder. Die Frauen wurden lebhafter und fingen an zu tanzen, Abends sprachen sie noch von dem Concert, erwähnten aber am andern Morgen nichts mehr davon. Nach *Esquirol* sollen nur wenige Instrumente gespielt werden und es muss besondere Rücksicht auf den Geisteszustand genommen werden. Melodien, die dem Kranken schon von Jugend auf bekannt sind, verdienen in der Regel den Vorzug. Während des eigentlichen Verlaufs der Krankheit soll man mit der Musik vorsichtig sein. Auf Idioten macht die Musik stets einen sichtbaren Eindruck, besonders wenn sie recht laut ist. — Die Musik ist keineswegs als eine unschuldige Arznei zu betrachten; besonders im ersten Stadium der Melancholie kann sie den

Digitized by Google

Ausbruch eines Raptus im Gefolge haben, da der Kranke sich so recht des Unterschiedes bewusst wird zwischen seinem Zustande und seiner Umgebung; in der Reconvalescenz aber kehrt oft die gute Stimmung zurück. Im acuten Stadium der Manie nimmt die Beweglichkeit gewöhnlich zu, im mehr chronischen Verlauf ist die Musik im Stande den Kranken an Regelmässigkeit zu gewöhnen. Bei Insania moralis ist die Musik ohne jeden Einflusss und ist deshalb ein wichtiges differential-diagnostisches Merkmal. Bei Neurasthenie soll man mit der Musik recht vorsichtig sein, da die Töne beständig nachklingen und sich oft Anfälle von Verwirrtheit und Angstzustände anschliessen, ebenso bei acutem Wahnsinn und bei Zwangsideen. Bei Dementia paralytica, Epilepsie und Hysterie lassen sich keine allgemeinen Regeln aufstellen. *Serger.*

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Schütz, H., Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau und den Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren. — (Arch. f. Psychiatrie Bd. XXI Heft 3 pag. 527 ff.)

S. unterscheidet im centralen Höhlengrau, soweit es die Wand des 3. Ventrikels von der Commissura mollis abwärts, die Wand des Aquaeductus Sylvii, den Boden der Rautengrube und den Centralcanal bis zur Pyramidenkreuzung auskleidet und umgibt, drei ziemlich bestimmt von einander abgegrenzte Formationen:

1. Das Kerngrau, das sind die *Stilling*'schen Nervenkerne und diejenigen Ganglienzellengruppen, welche nicht als Ausgangspunkt von Wurzelfasern der Hirnnerven anzusehen sind, wie der Nucleus funiculi teretis, der von *Westphal* beschriebene Trochleariskern sowie eine Ganglienzellengruppe in der Gegend des Facialis-Kernes.

2. Das netzförmige Grau, welches seine höchste Entwickelung im Verlaufe des Aquaeductus Sylvii erreicht und immer nach aussen und centralwärts mit dem System von Längsfasern liegt, welches dem Centralcanal zunächst sich befindet.

3. Das System von longitudinal verlaufenden Fasern (dorsales Längsbündel), welches in unmittelbarer Nähe des Centralcanals ziemlich dicht ist, weiter davon wieder an Dichtigkeit abnimmt.

Die Hauptmasse der im centralen Höhlengrau verlaufenden Fasern kommt überhaupt auf das Kerngrau und das dorsale Längsbündel. Auf erstere geht *S.* nicht näher ein. Das dorsale Längsbündel ist nach

Digitized by Google

seinen Untersuchungen in allen Gegenden der Medulla oblongata, des Pons und des Mittelhirns immer am Boden des Ventrikels anzutreffen und stellt das Bindeglied zwischen den höher gelegenen Theilen des centralen Höhlengraus mit den weiter distalwärts gelegenen, vielleicht auch den einzelnen Theilen unter einander dar. Von dem dorsalen Längsbündel gehen auch Fasern in benachbarte, nicht zum centralen Höhlengrau gerechnete Gehirntheile. Dasselbe gibt in seinem Verlaufe Fasermasse ab:

a) an die Kerne sämmtlicher Hirnnerven,

b) an Ganglienzellengruppen mit dem *Westphal*'schen Trochlearis-Kerne, dem oberen Centralkern,

c) an das netzförmige Grau,

d) an die Formatio reticularis grisea, beziehentlich an das Fasernetz in den Vorderhörnern des Rückenmarkes in Form von Radiärfasern.

(Das Nähere über die anatomischen Untersuchungen siehe im Originale. Ref.)

Nach einigen Erörterungen über die wahrscheinlichen physiologischen Functionen der im centralen Höhlengrau verlaufenden Fasermassen theilt *S.* dann 13 näher untersuchte Fälle von progressiver Paralyse mit und führt als Resultate seiner Untersuchungen folgende an:

1. In allen Fällen zeigte das dorsale Längsbündel einen mehr oder weniger ausgesprochenen Faserschwund, in einigen Fällen in seinem ganzen Verlaufe, in anderen Fällen nur auf kürzere Strecken; ebenso fand sich in 12 Fällen eine besonders starke Abnahme der Fasern in dem Ventrikel vom Locus coeruleus bis in die Gegend der Oculomotorius-Kerne.

2. In gleichem Maasse fand sich eine Abnahme der aus dem centralen Höhlengrau in die Formatia reticularis eintretenden Radiärfasern.

3. Nicht minder war das netzförmige Grau in der Gegend des Aquäductus Sylvii ergriffen.

4. Auch das Kerngrau zeigte in 12 Fällen eine deutliche Abnahme der Fasernetze; jedoch waren von den Kernen der Hirnnerven nur die der motorischen Nerven ergriffen, in keinem Falle die der sensiblen Nerven. Am intensivsten war betheiligt der Hypoglossus-Kern in 9 Fällen und der Facialis-Kern in 8 Fällen. Die Kerne der übrigen Hirnnerven wiesen nur ausnahmsweise einen Faserschwund auf.

S. betrachtet diese an den Nervenfasern, sowie die in der Hirnrinde bei Paralyse gefundenen Veränderungen nicht als die Resultate eines chronisch entzündlichen Processes sondern als primäre von den Nervenfasern selbst ausgehende, obwohl etwa in der Hälfte der Fälle an einzelnen Stellen eine reichliche Zahl von anscheinend neugebildeten Gefässen mit verdickten Wandungen sich fand.

Was die Frage anlangt, welche Symptome der progressiven Paralyse auf den Faserschwund im centralen Höhlengrau zu beziehen seien, so lässt sie sich mit Sicherheit nicht beantworten. *S.* ist der Ansicht, dass für einen Theil der sogenannten motorischen Störungen der Paralyse die

Digitized by Google

Ursache in einem Faserschwunde im centralen Höhlengrau zu suchen sei. Nach ihm wird man nach wie vor die Erkrankung der Grosshirnrinde als die wesentliche Ursache der motorischen Störungen zu betrachten haben; letztere können jedoch durch einen Faserschwund im centralen Höhlengrau, der sich zu der Erkrankung der motorischen Rindengebiete hinzugesellt, beträchtlich gesteigert werden.

Ob der Faserschwund im centralen Höhlengrau zur reflectorischen Pupillenstarre in irgend welcher Beziehung stehe, vermag *S.* mit Rücksicht auf die von ihm untersuchte geringe Zahl dieser Fälle nicht zu unterscheiden.

***Zacher, Theod.*, Beiträge zur Kenntniss des Faserverlaufes im Pes pedunculi sowie über die corticalen Beziehungen des Corpus geniculatum internum. — (Archiv für Psychiatrie Bd. XXII, pag. 654 ff.)**

Z. glaubt an der Hand von 4 beobachteten und näher untersuchten Fällen mehr oder weniger ausgedehnter Erweichungen im Gehirn, welche sämmtlich secundäre Degenerationen im Grosshirnschenkelfuss und zwar an verschiedenen Stellen desselben hervorgerufen hatten, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der bisher über diesen Gegenstand bekannt gewordenen Untersuchungen, Folgendes als das Resultat seiner Untersuchungen hinstellen zu dürfen:

Es finden sich im Pes pedunculi, dicht über dem Pons, 4 verschiedene Faserzüge:

1. Im äussersten Abschnitte verlaufen Fasern, welche vom Hinterhauptslappen sowie vom Schläfelappen kommen und bis zur oberen Etage des Pons hinabsteigen, wo sie ihr vorläufiges Ende finden.

2. Das zweite äussere Viertel des Pes pedunculi wird ausschliesslich von der Pyramidenbahn eingenommen.

3. Das dritte Viertel des Pes, von aussen gerechnet, wird eingenommen von Faserzügen, welche wahrscheinlich zum grössten Theile aus dem Corpus striatum, möglicherweise zum Theil auch aus den hintersten Abschnitten der Stirnwindungen resp. der vorderen Centralwindung stammen und bereits im oberen Theile des Pons ihr Ende finden.

4. Im innersten Viertel des Pes liegen nicht, wie *Flechsig* behauptet, Fasern, welche vom Stirnhirn kommen, sondern es verlaufen daselbst höchst wahrscheinlich Faserzüge, die von der Inselgegend resp. von der Basis des Linsenkerns herstammen.

Bezüglich des Corpus geniculatum internum gelangt *Z.* zu der Ansicht, dass seine secundären Degenerationen von der Zerstörung des linken Schläfenlappens resp. der zwei oberen Schläfenwindungen abhängig seien, dass mithin das Corpus geniculatum internum zu dem Gehörsinne in derselben Beziehung stehe, wie wir solche für das Corpus geniculatum externum in Bezug auf den Gesichtssinn annehmen.

Digitized by Google

***Mendel*, *E.*, Ueber die Apoplexia cerebri sanguinea. — (Berlin. klin. Wochenschr. No. 24.)**

Die „Uniformität" des klinischen Bildes rechtfertigt die Annahme, dass in der Mehrzahl der Fälle die Blutung im Wesentlichen dieselbe Stelle ergreifen muss. Die pathologisch-anatomische Erfahrung ergibt in der That, dass es vorzugsweise Streifenhügel, Sehhügel, Linsenkern und Centrum semiovale sind, welche von dem Blutergusse getroffen werden und dass dabei Erkrankungen der Gefässwand in der Gestalt von ampullären Ectasien und miliären Aneurysmen eine Rolle spielen, welche jedoch Nichts gemein haben mit der fettigen und atheromatösen Erkrankung der Gefässe. Die Untersuchungen *M.*'s bestätigen die Angaben Anderer, dass die Arterien des Hirnmarkes, wie die Art. corporis striati, Endarterien sind, während die Corticalarterien ein ausgedehntes Netz von Anastomosen bilden und dass in Folge davon der Druck in den Corticalarterien sehr erheblich geringer ist als in der Carotis, während der Druck in den Art. corp. striati nur unerheblich hinter dem Druck der Carotis zurückbleibt. Die durch gesteigerte Herzthätigkeit während des Lebens vorübergehend auftretenden Steigerungen des Blutdruckes werden sich daher im Gebiete der Carotis in der Weise geltend machen, dass sie vor Allem das Gebiet der Arteriae corpor. striati, in viel geringerem Grade das der Arteriae corticales treffen. Jene Arterien werden nicht blos in ihrem Durchmesser durch den gesteigerten Druck erweitert, sondern ihre Wandungen werden auch in der Längsachse gedehnt. Die häufige Wiederkehr dieser Dehnungen führt allmälig im vorgeschrittenen Alter zu einer Atrophie der Muscularis, zum miliaren Aneurysma. Eine neue Drucksteigerung bringt das Aneurysma zum Bruch und damit tritt der apoplektische Insult ein.

***Grawitz*, Ein Fall von Aplasie der Grosshirn-Hemisphären. — Deutsche medic. Wochenschr. 1891, pag. 146.**

G. fand bei einem neugeborenen Knaben, welcher am 13. Lebenstage starb und ausser einer abnormen Kleinheit des Kopfes ein deutliches kielartiges Vorspringen der Pfeilnaht gezeigt hatte, eine Missbildung der Dura mater und der Grosshirnhemisphären. Eine Sichel fehlte; dagegen zeigte sich eine Haut, welche in der Höhe der Tubera parietalia von einer Seite zur andern ausgespannt war und dadurch namentlich auf der rechten Seite eine sehr starke Einengung des Schädelraumes bewirkte. Die linke Hemisphäre war in einen grossen dünnwandigen Sack verwandelt, welcher im vordersten Theile des Stirnhirnes eine etwas weisse gehirnähnliche Substanz enthielt, grösstentheils aber von einer papierdünnen, durchscheinenden, von Pia überzogenen Haut gebildet wurde. Die rechte Hemisphäre war auffallend klein, von aussen gesehen an Gestalt und Consistenz einer länglichen Morchel ähnlich, hing, durch eine flache Rinne abgegrenzt, vorn mit der linken Hemisphäre zusammen, während hinten, beiden

Digitized by Google

Occipitallappen entsprechend, eine vollständige Trennung bestand; rechts war die Hemisphären-Wand in einen 2—4 mm dicken Sack umgewandelt. Auch das Kleinhirn war in hohem Grade verkümmert.

v. Monakow, **Ueber Porencephalie. — Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte No. 6 pag. 176.**

Bei einem von einem Trinker abstammenden und einer mangelhaft entwickelten Mutter unter Anwendung der Zange schwer geborenen Knaben, der von Geburt an Parese der linken Körperhälfte und einen von links vorn nach rechts hinten auffallend abgeplatteten Schädel gezeigt hatte, dessen linke Körperhälfte im Wachsthum zurückgeblieben war, dessen geistige Entwickelung verlangsamt doch nicht ohne Erfolg von Statten gegangen war und bei dem weder Charakterdefect, noch Sprachstörungen, noch frühzeitige Convulsionen beobachtet waren, stellten sich im 10. Lebensjahre, angeblich in Folge einer Misshandlung, epileptische Anfälle ein. Bemerkenswerth ist dabei, dass die epileptischen Anfälle stets mit einer Hebebewegung im linken Arme begannen und dass die Convulsionen links immer am stärksten waren.

Bei der Section fand sich an Stelle der rechten Central-Windungen, des Operculum und theilweise auch der ersten Temporalwindung, eine von der gefässlosen Arachnoidea bedeckte, mit klarer seröser Flüssigkeit gefüllte Blase, deren Boden trichterförmig verlief und die mit dem Seitenventrikel durch eine kleine Spalte in Communication stand. Die linke Kleinhirn-Hemisphäre zeigte ebenfalls beträchtlichen Substanzverlust und auch hier fand sich an Stelle der Hemisphärenwand eine mächtige mit der Rautengrube communicirende Blase.

Als secundäre Degenerationen fanden sich: der rechte Thalamus optic. hochgradig geschrumpft, rechtes Corpus genic. ext., rechter vorderer Zweihügel bedeutend verkleinert, rechter Tractus opticus stark atrophisch, ebenso der linke N. opticus, rechtes Corpus genic. int. wesentlich reducirt, rechter Pedunculus sehr schmal, die rechte Pyramide bis auf einen kaum zündholzdicken Strang völlig resorbirt, rechte Olive und die drei Arme des Kleinhirns sehr verkümmert.

Klebs, **Neue Beobachtungen aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie des Nervensystems bei gewissen Formen der Paralyse. — Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte No. 9 pag. 282.**

K. fand in einem Falle von *Landry*'scher Paralyse namentlich in den horizontal und senkrecht verlaufenden Centralarterien der grauen Substanz des Rückenmarkes an zahlreichen, aber vielfach durch unverändertes Blut getrennten Stellen Thrombosirungen. Seltener fanden sich auch in den venösen Zweigen der vorderen Commissur des Rückenmarks an einzelnen Stellen ähnliche Thromben. Die Capillaren des Vorderhornes, namentlich

Digitized by Google

innerhalb der nach aussen und vorn gelegenen grossen Ganglienzellengruppen, waren enorm erweitert und hie und da von kleinen nur mikroskopisch sichtbaren Hämorrhagien umgeben. Ausserdem fand sich, im Lenden- und Brustmark vorherrschend, eine theilweise enorme Dilatation der perivasculären Räume um die thrombirten Venen, während im Halsmark an vielen Stellen sehr ausgedehnte hyaline, dunkelbraun gefärbte Einlagerungen in die erweiterten perivasculären Räume der in der vorderen Pialeinsenkung verlaufenden Venen gefunden wurden.

Von den nervösen Apparaten zeigten sich Veränderungen an den grossen im vorderen Abschnitte der Vorderhörner gelegenen Ganglienzellen insofern, als dort um dieselben eine Erweiterung der pericellulären Räume beobachtet wurde. Der Inhalt dieser Räume bestand ausser den keine Spur von Schrumpfung zeigenden Ganglienzellen aus dicht geflochtenen, netzartig mit einander verbundenen Fasern, zwischen welchen bald in geringerer bald in grösserer Anzahl einkernige, von sehr schmalem Protoplasmahof umgebene Zellen eingelagert waren. Die Ganglienzellen selbst zeigten eine tiefbraune Färbung. *K.* fasst die in den Räumen gefundenen fremdartigen Substanzen als ein geronnenes Transsudat auf.

***Waldeyer*, Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems. — Berliner klin. Wochenschrift No. 28.**

Die Hauptergebnisse sind folgende:

1. Die Achsencylinder aller Nervenfasern hängen an einer Stelle ihres Verlaufes mit Nervenzellen zusammen, embryologisch betrachtet als ihrem Ursprungsorte.

2. Die Endigung aller Achsencylinderfortsätze, möge sie central oder peripherisch liegen, erfolgt, wie es scheint, immer mit sogenannten Endbäumchen; ob die Aestchen der benachbarten unter einander netzförmig verbunden sind, ist noch unentschieden.

3. Die Achsencylinder treiben auch seitliche Zweige.

4. Ein Nervenelement oder „Neuron" besteht also aus:
   a) einer Nervenzelle,
   b) dem Nervenfortsatze,
   c) den Collateralen des Nervenfortsatzes,
   d) den Endbäumchen.

5. Die Neuronen kommen nach *Golgi* vor als lange und als kurze. Die langen senden ihren Nervenfortsatz entweder aus den Centralorganen hinaus zur Peripherie in Gestalt der Achsenfasern der motorischen, secretorischen oder sensiblen Nervenfasern oder als Längsbahnen durch das ganze Central-Nervensystem hindurch zur Verknüpfung entfernt gelegener Theile. Die kurzen (sensiblen Functionen dienenden?) Neuronen gehen mit ihren Achsencylinderfortsätzen nicht über die graue Substanz in der Nähe ihrer zugehörigen Zellen hinaus.

Digitized by Google

6. Die Zellen der Neuronen bei den höheren Thieren haben ausser dem Nervenfortsatze noch eine mehr oder minder grosse Zahl anderer Fortsätze, die sich reichlich verästeln (Dendriten oder Protoplasmafortsätze), deren Bedeutung aber noch zweifelhaft ist.

7. Bei der Neuroglia muss man die ependymären Zellen und die Gliazellen unterscheiden. Beide Zellenarten verästeln sich zwar, aber anastomosiren nicht mit einander.

Claus, A. **(Annales et Bulletin de la Société de médicin de Gand. Dec. 1890)**

fand bei einem Epileptischen eine bedeutende Erweiterung der Sinus frontales und legt derselben eine causale Bedeutung für die Entstehung der Epilepsie bei.

Doursont, **Ueber einige Fälle von Atrophie und Hypertrophie des Kleinhirns. — Annales médico-psychologiques. Mai. pag. 345 und ff.**

D. theilt 4 Fälle von Atrophie und 8 Fälle von Hypertrophie des Kleinhirns mit. Im ersten Falle von Atrophie, der einen 23jährigen an mangelhafter Stirnbildung, Muskelschwäche und Trieb zu Elternmord und Brandstiftung leidenden Idioten betraf, wog das Kleinhirn 90 g. Im zweiten Falle (18jähriger an Pyromanie und Paraplegie leidender Idiot) wog dasselbe 61 g; im dritten Falle (an Strabismus und paralytischer Schwäche der unteren Extremitäten leidender Idiot) 90 g; im vierten Falle (Schwachsinniger mit Neigung zu Diebstählen und unsittlichen Angriffen auf Kinder) 80 g. In den Fällen von Hypertrophie des Kleinhirns wog das erste 231 g, das zweite 212 g, das dritte 200 g, das vierte 205 g, das fünfte 230 g, das sechste 256 g, das siebente 202 g, das achte 202 g.

Bemerkenswerth ist, dass unter den mitgetheilten Fällen nur in einem Falle und zwar einem Falle von Atrophie sich Erregungen in der Geschlechtssphäre fanden. Die beobachteten Fälle zeigten dagegen, dass sowohl die Hypertrophie als auch die Atrophie des Kleinhirns einen abschwächenden Einfluss auf die Locomotion ausüben.

Goodall, Edwin, **Ueber Befunde an gewissen Theilen des Nervensystems in einem Falle von spastischer Hemiplegie, welche in höherem Maasse die rechte obere Extremität, in geringem Maasse die rechte untere Extremität betroffen hatte. — Journal of mental science. April. pag. 248.**

Es fand sich eine Atrophie der linken aufsteigenden Stirnwindung und der linken aufsteigenden Scheitelwindung und ausserdem (entsprechend dem im Leben beobachteten Mangel in der Articulation beim Sprechen)

Digitized by Google

eine Atrophie der linken dritten Stirnwindung in ihrem hinterem Theile. Ferner waren verändert die peripheren Nerven, besonders die der oberen Extremität, weniger die der unteren. Die mikroskopischen Befunde in den afficirten Stellen des Gehirnes, Rückenmarkes und den peripheren Nerven siehe im Original. (Ref.)

Mercier, A., **Ueber das Hirngewicht bei Geisteskranken, betreffend die Hemisphären, Lappen, Hirnstamm und Kleinhirn, tabellarisch zusammengestellt. — Journal of mental science. April. pag. 207 u. ff.**

Die Wägungen betrafen 400 Gehirne und zwar 150 Fälle von Paralyse, 70 Fälle von Atrophie und 180 Fälle anderer Art. Die Untersuchungen ergaben unter Anderem, dass der Gewichsverlust bei Paralyse von geringer Einwirkung auf den Hirnstamm und das Kleinhirn, und dass er den rechten Stirnlappen in höherem Maasse zu treffen scheint als wie den linken. Das Nähere sieh im Originale. (Ref.)

Trowbridge, Gros., R., **Ueber einen Fall von Hirngeschwulst ohne charakteristische Symptome. — Journal of nervous and mental disease. April. pag. 205.**

Bei einem an epileptischer Tobsucht leidenden Manne, an dem ausser Gedächtnissschwäche und eigenthümlichen fadendrehenden Bewegungen der Finger besondere Symptome nicht beobachtet waren, fanden sich eine Cyste und ein Fibrom im vorderen Theile der rechten dritten Schläfen-Keilbein-Windung, eine Cyste im Gyrus uncinatus derselben Seite, Atrophie und Cyste im vorderen Drittel der rechten zweiten Schläfen-Keilbein-Windung und ein Erweichungsheerd in der ersten Schläfen-Keilbein-Windung.

Gudden, Hans, **Beitrag zur Kenntniss der Wurzeln des Trigeminus-Nerven. — Diese Zeitschr. Bd. 48 pag. 16.**

Kreuser, H., **Ueber einen Fall von erworbener Porencephalie mit secundärer Degeneration in der Opticus-Bahn und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses. — Diese Zeitschr. Bd. 48 pag. 146 ff.**

Bjelakow, S. A., **Cysticerci piae matris cerebri. — Wjestnik psychiatrii, 8. Jahrg. H. 1.**

Patient, ehemaliger Matrose, 34 Jahre alt, kam 1887 in die Irrenanstalt Allerleidtragenden mit den Erscheinungen der Dementia, verbunden mit leichter Aufregung. Schon im Jahre 1878 wurde er wegen beginnender Geistesstörung, Verfolgungswahn aus dem Militär entlassen. Im Jahre 1881

Digitized by Google

wurde er in der Anstalt des hl. Nicolaus in Petersburg untergebracht, von wo er endlich in obengenannte Anstalt überführt wurde. Hier zeigte er sich fast fortwährend erregt, hin und her gehend oder sich im Kreise bewegend.

In den Lungen hatte sich Tuberculose entwickelt und $1^1/_2$ Monat vor seinem Tode stellte sich eine Otorrhoea duplex ein. Bei der Section fanden sich in der Pia rechts über dem Lobus paracentralis, in der Tiefe der hinteren rechten Fossa Sylvii und an zwei Stellen des rechten Sulcus interparietalis je eine Cysticercuscyste. Die Laufbewegungen erklärt *B.* als analog der Epilepsia procursiva. *A. v. Rothe.*

***Rossi* Florenz, *Enrico*, Il cervello di un idiota. — (Il Manicomio moderno. VI. 3.)**

Die Geschichte eines 30jährigen Idioten und die Untersuchung des Gehirns gibt dem Verf. Veranlassung zu folgenden Aussprüchen:

1. Ich theile nicht die Ansicht derer, die da meinen, dass das Fehlen des Septum pellucidum, Fornix und besonders des Corpus callosum ohne schwere psychische Störungen stattfinde. 2. Die Querfasern des Balkens haben die Aufgabe, das Zusammenwirken der . . Pyramidenzellen, von denen unsere ganze geistige Thätigkeit abhängt, in beiden Grosshirnhemisphären zu vermitteln. 3. Das Kleinhirn enthält Fasern, die von den Stirnlappen ausgehen, ist also indirect bei psychischen Vorgängen betheiligt. 4. Das Kleinhirn ist vorzugsweise das Organ, in welchem das Centrum des Geschlechtsinstinktes sich befindet. (Also immer wieder Gall trotz *Longet* und *Luciani*! Ref.) *Fr.*

***Colella*, Contributo alla Fisiologia dei Lobi pre-frontali del Cervello e alle Chirurgia cerebrale. — (La Psichiatria VIII 1—2 u. 3—4.)**

Die glänzenden Erfolge der modernen Chirurgie bei Behandlung von Hirnwunden, Tumoren u. dgl. m. veranlassen Verf. zur Mittheilung von vorläufig 3 der 6 von ihm genau beobachteten Fälle, in welchen nach Schädelfractur und Substanzverlust der Stirnwindungen nur in 1 Falle (5jähriges Kind) der Tod, in 3 Fällen vollständige, in 2 Fällen unvollständige Heilung eintrat. — Unter diesen ist in psychischer Beziehung wie in dem Falle von *Tanzi* (s. oben) die Aenderung des Charakters in Theilnahmlosigkeit für die Angehörigen und Unbeständigkeit der Entschlüsse — neben Verlangsamung der Perception hervorzuheben; der Patellarreflex war gleichfalls sehr lebhaft. — Verf. selbst zieht aus seiner Zusammenstellung von 61 Fällen als sichere Schlüsse: 1. Vollständiges Fehlen jeder dauernden Bewegungsstörung. 2. Allgemeine Gemüthsabstumpfung (Hypoaesthesia psychica). 3. Zeitweilige Störungen des Intellectes. *Fraenkel.*

Digitized by Google

Knapp, Phil., Coombs, **The pathology, diagnosis and treatment of intracranial growths. — Boston, 1891. 165 S.**

Verf. gebietet über die stattliche Anzahl von 40 obducirten Tumorfällen eigner Beobachtung, von denen 40 die Rinde betrafen (4 das Vorderhirn, 4 die Centralregion, 1 die hintere Parietalregion, 2 das Hinterhauptshirn, 3 den Schläfenlappen), 2 den Balken, 5 die grossen Ganglien, 2 die Corpp. quadrigem. und die gl. pinealis, 1 den Pons, 5 das Kleinhirn, 1 die Hypophysis, 5 die Hirnbasis. In dem Rest der Fälle waren die Tumoren multipel. Dies Material hat *Knapp* einer Arbeit zu Grunde gelegt, die im Rahmen einer Monographie gehalten ist und Aetiologie, pathologische Anatomie, Pathologie, Symptomatologie im Allgemeinen und Speciellen, Diagnose, Prognose und Therapie der Hirngeschwülste in gesonderten Capiteln abhandelt. Deshalb sind, wie *K.* hervorhebt, namentlich bei der Besprechung der speciellen Symptomatologie mehr die Literatur als die Daten, die seine Fälle liefern, grundlegend gemacht worden und Neues und Interessantes bieten im Wesentlichen nur die Fälle selbst. Leider kommen sie gegen die ausführliche Wiedergabe der Literatur manchmal zu kurz und sind zu summarisch wiedergegeben. Dem Wesen der Stauungspapille z. B. widmet *K.* eine sehr eingehende Besprechung, aber in einem grossen Theil seiner Fälle vermisst man die Angabe über das Verhalten der Papillen, obgleich gerade diese zur Klärung der Frage des Verhältnisses der Stauungspapille zum Sitz des Tumors hätten beitragen können. So ist von den 4 Fällen von Tumor der Stirnhirnrinde nur bei zweien das Verhalten der Papille (Neuritis in einem, Stauungspapille in anderen) erwähnt und bei den zwei ersten Fällen von Kleinhirntumor erfahren wir nichts, wie Sehfähigkeit und Augenhintergrund beschaffen waren. Ferner ist, um ein anderes Beispiel herauszugreifen, in einigen Fällen, wo die Erwähnung wünschenswerth wäre, z. B. bei Tumoren des Stirnhirns, über etwaige Störungen des Ganges nichts berichtet.

Gleichwohl stellt die Arbeit eine Bereicherung der Literatur dar, besonders durch die Tumorfälle von seltenerem Sitz und enthält eine Reihe von interessanten Beobachtungen. Bei der Besprechung der Therapie gibt *K.* eine übersichtliche Darstellung der bis jetzt bekannt gewordenen operirten Fälle; von seinen eigenen Fällen waren nur 2 operirbar, in einem derselben (Tuberkel in der Mitte beider Centralwindungen rechts) trat während der Operation der Tod an Shock ein, im anderen war die Localisation unsicher und die Trepanation mehr zum Zwecke der Verminderung des intracraniellen Druckes vorgenommen als in der Erwartung, den in der That nicht auffindbaren Tumor zu entfernen. Der Kranke überstand die Operation und befand sich besser, bis der Tod nach drei Wochen durch Gehirnprolaps eintrat. *Matusch.*

Digitized by Google

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn.

Scheiber, S. H., Ueber einen Fall von Agoraphobie (Platzangst) und Koinoniphobie (Gesellschaftsangst). Beitrag zur Lehre von den Pathophobien. — (Wiener medicin. Wochenschrift No. 24, 25 u. 26.)

Ein 26jähriger Mann ohne erbliche Belastung, der seit 5—6 Jahren oft an Verdauungsbeschwerden litt, zeigt neben mehr weniger ausgesprochenen Symptomen der Neurasthenie die Erscheinungen der Agoraphobie und zwar combinirt mit der seltneren Koinoniphobie, ein Angstzustand, der die betr. Individuen befällt, wenn sie als Gast in einer ihnen näher oder ferner stehenden Gesellschaft sich befinden. Bei der Gesellschaftsangst traten neben Beklemmung und Angstgefühl hauptsächlich Uebelkeit und Brechneigung ein, während der Symptomencomplex auf Gassen, Plätzen, im Theater, Kaffehaus mit Schwindel begann, und daran sich Angstgefühl und die Magenerscheinungen anschlossen.

Die Agoraphobie wich hier von dem gewöhnlichen Bilde dadurch ab, 1) dass der Kranke sich auf der Strasse schlechter fühlte, je mehr Menschen ihm begegneten, 2) durch das Vorherrschen der Magensymptome, 3) dadurch, dass sich primär Schwindel einstellt und secundär erst Angstgefühl. — Nach Beobachtungen an sich selbst ist Verf. für die *Benedict*'sche Auffassung, dass der Schwindel zuerst hervorgerufen wird.

Alle hierher gehörenden Angstzustände, die als verschieden gestaltete Aeusserungen eines und desselben auf neurasthenischem oder neuropathisch belasteten Boden sich entwickelnden Zustandes aufzufassen sind, will Verf. in 2 Gruppen getrennt wissen: a) in solche, die durch den Anblick gewisser Gegenstände und Vorstellung gewisser Umstände und Situationen unmittelbar (primär) hervorgerufen werden (Pathophobiae idiopathicae) und b) in solche, die durch Schwindel (secundär) vermittelt werden (Pathophobiae vertiginosae).

Bei dem beschriebenen Falle hatte die Anwendung von (32) dipolaren, electrischen Bädern guten Erfolg.

Journiae u. ***Sérieux,*** Klinische Vorlesungen über die chronische Paranoia mit systematischer Entwicklung (aus *Magnan*'s Klinik). Vorlesg. 10 u. 11 (Fortsetzung; siehe die früheren Referate in dieser Zeitschr.). — Progrès médical No. 3 u. 13.

In dieser Forsetzung der Vorlesungen *Magnan*'s über das Délire chronique (die inzwischen in deutscher Uebersetzung von *Möbius* erschienen sind; *M.* schlägt den Namen Paranoia completa vor. Ref.) werden weiter

Digitized by Google

unter Einfügung einer Reihe von Krankengeschichten die grundsätzlichen Unterschiede zwischen dieser Paranoia completa und dem Irresein der Degenerirten auseinandergesetzt. Unter welcher Form sich auch bei letzterem der Wahn äussern möge, stets ergeben die Beobachtungen, dass deutliche Zeichen eines ererbten, krankhaften Geisteszustandes demselben vorausgehen. Bald sind die Wahnideen unveränderlich dieselben während der ganzen Dauer der Erkrankung, bald sind sie flüchtig oder wechseln fortwährend: niemals jedoch kann man die systematische Entwickelung mit den 4 Perioden, wie beim Délire chronique constatiren.

***Sérieux*, Die chronische Paranoia mit systematischer Entwickelung und die Psychosen der Degenerirten. — (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique.) März. (Fortsetzung.)**

S. behandelt in dieser Arbeit dasselbe Thema, wie in der vorher citirten; er gibt eine zusammenfassende Darstellung der *Magnan*'schen Lehre von dem Délire chronique und führt des Weiteren aus, wie dieses sich von den Psychosen der Degenerirten unterscheidet. —

***Blin*, Die Verfolgungsidee in der Melancholie und dem Verfolgungswahn. — (Publications du progrès médical. Paris 1890.)**

Nach einem kurzen historischen Ueberblick über die Lehre von der Melancholie und der Paranoia von *Esquirol* bis auf *Magnan* werden an der Hand von 37 ausführlich mitgetheilten Beobachtungen, die den grösseren Theil der Arbeit einnehmen, die Entstehungsweise, die Art und die weitere Ausbildung der Verfolgungsideen in der Melancholie, in der Paranoia der Degenerirten und dem reinen Verfolgungswahn besprochen und zum Schluss in übersichtlicher Weise einander gegenüber gestellt. — Neue Gesichtspunkte bietet die Abhandlung nicht. —

***Rosenbach, P.*, (Petersburg), Beitrag zum Studium einiger acuter Irreseinsformen und ihre Beziehung zur Paranoia. (Aus der Klinik des Prof. *Mierzejewski*.) — Annales médico-psychologiques. Januar.**

Verf. gibt zunächst eine sehr eingehende Uebersicht über die Entwickelung der Lehre von der Paranoia und die Anschauungen der Autoren der verschiedenen Länder betreffs der acuten (zur Paranoia gerechneten) Formen, die als acuter Wahnsinn, acute Paranoia, acute hallucin. Verworrenheit, Amentia beschrieben wurden. Er bringt sodann in 7 ausführlichen Krankheitsgeschichten Fälle von acuter Verwirrtheit (*Meynert*), die eben von der Paranoia zu trennen und zu den Psychoneurosen neben Melancholie, Manie etc. zu stellen seien. — Die Fälle von Paranoia in deren Beginn oder Verlauf Zustände von acuter Verwirrtheit auftreten, sollen

Digitized by Google

sich nach *R.* von der typischen Paranoia dadurch unterscheiden, dass sie grössere Neigung zum Uebergang in Demenz zeigen und dass die Wahnideen ausgedehntere und weniger systematisirte sind.

***Roth, E.*, (Belgard), Vier Fälle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen zu denselben. — Berl. klin. Wochenschr. 9.**

Ein casuistischer Beitrag nebst Bemerkungen, die nichts wesentlich Neues enthalten. Verf. gibt zuerst einen Ueberblick über die Geschichte der traumatischen Neurose bis zu den Verhandlungen des X. Internationalen medicinischen Congresses, gibt ein kurzes klinisches Bild der Krankheit, bei der er 3 verschiedene nicht scharf getrennte Formen unterscheidet, bespricht dann die allerdings noch sehr dürftige pathologische Anatomie sowie die Aetiologie, bei welch' letzterer er auf das psychische Moment besonderen Werth legt. Er berührt dann die Frage der Differentialdiagnose zwischen Simulation und traumatischer Neurose, bei welcher Gelegenheit er sich aus verschiedenen Gründen sehr scharf gegen den *Seeligmüller*'schen Vorschlag betreffs Errichtung von Unfallskrankenhäuser ausspricht; er betont noch den grossen Werth der Glaubwürdigkeit der Exploranden, die richtig zu beurtheilen ja grade in kleineren Kreisen sehr gut möglich ist; schliesslich gedenkt Verf. noch der Therapie; neben der richtigen psychischen Behandlung legt er grossen Werth auf die mechanischen Heilmethoden und die mitgetheilten Heilresultate eines medico-mechanischen Instituts, die bei Unfallverletzten erzielt worden, können dies nur bestätigen.

***Introsinsky, Richard,* Ueber Influenzapsychosen. — Deutsche medic. Wochenschr. 3.**

Nach einer kurzen Uebersicht über die Geschichte der Influenzapsychose theilt Verf. in vorliegender Arbeit, die ein Auszug seiner Dissertation ist, in bündiger Form 20 Fälle von Psychose nach Influenza mit, wie sie bei *Jolly* in Strassburg zur Beobachtung gelangt sind. Unter Berücksichtigung dieser sowie der anderen bisher anlässlich der letzten Epidemie mitgetheilten Fälle von Influenzapsychose (in toto 104 Fällen) kommt Verf. dann zu folgenden Resultaten:

1. Kein Stadium der Influenza zeigt eine besondere Bevorzugung für den Ausbruch der Psychose, ausser etwa dem Influenzarecidiv.

2. Es besteht keine bestimmte Beziehung zwischen Schwere der Influenza und der Psychose.

3. Beide Geschlechter scheinen in gleicher Weise disponirt zu sein.

4. Die meisten Psychosen finden sich zwischen dem 20.—50. Lebensjahre.

5. Es können verschiedene Arten von Psychosen bei Influenza vorkommen; bevorzugt sind Melancholien und insbesondere solche mit hypochondrischen Zügen; Anklänge davon finden sich sogar auch bei einzelnen Manien und Delirien.

Digitized by Google

6. In den meisten Fällen liess sich als ursächliches Moment neben der Influenza eine Prädisposition nachweisen.

7. Dementsprechend findet fast ausschliesslich eine Verschlimmerung bereits bestehender Psychosen durch Influenza statt.

***Pelizaeus, Fr.*, Ueber artificielle Neurasthenie. — Deutsche medic. Wochenschr. No. 24.**

So unbestreitbar grosse Erfolge systematische Curmethoden auch haben, so steht es doch fest, dass dieselben oft genug dem Patienten Schaden zufügen können, auf den nach Verf.'s Ansicht bisher trotz der grossen praktischen Wichtigkeit viel zu wenig Werth gelegt ist. Verf. lenkt insbesondere auf die Fälle die Aufmerksamkeit, die zu Hause einer solchen Behandlungsmethode sich unterworfen haben. Die Verschiedenheit des Individuums spielt dabei natürlich eine grosse Rolle, wie das Verf. an einem dem alltäglichen Leben entnommenen Beispiele, an der Wirkung eines Flussbades, nachweist. Ebenso wie nun am Badeort selbst beim Beginn der systematischen Cur sich oft genug ein sog. „Badefieber", „Brunnenfieber" etc. einstellt, ebenso und noch viel stärkere nervöse Störungen können auftreten, wenn zu Hause, in den alten Verhältnissen, von einem specialistisch vielleicht nicht geschulten Arzte die Cur durchgeführt wird. Solche Symptome, die im Ganzen dem Bilde der Neurasthenie entsprechen, zieht insbesondere der systematische Gebrauch alkalisch-salinischer Quellen (Marienbad, Kissingen etc.) nach sich. Verf., der mehr denn 30 solcher Fälle in seiner Praxis beobachtet hat, theilt in vorliegendem Aufsatze 6 Fälle des ausführlicheren mit. Verf. schliesst mit dem Rathe, dass alle derartigen Curmethoden, wenn es sich nur eben ermöglichen lässt, sich „mit der Entfernung aus den bisherigen Verhältnissen, mit einer Badereise verbinden" sollen, Fernhaltung aller geschäftlichen und häuslichen Sorgen, regelmässiges Leben, geeignete Diät, passende Umgebung, sind eben von zu grosser Bedeutung für den schliesslichen Heilerfolg.

***Bayer* (Brüssel), Ein Fall von Bewusstlosigkeit nach Körpererschütterung; Rückkehr des Bewusstseins nach Lufteintreibung ins Mittelohr. — Deutsche medic. Wochenschr. 24.**

Es handelt sich hier um einen nervösen Menschen, der bei einem Ritte zu Pferde eine starke Körpererschütterung erleidet; es tritt im Anschluss daran eine tiefe Bewusstseinsstörung auf, die nach einer dreissigstündigen Dauer unmittelbar nach einer Lufteintreibung ins Mittelohr wieder verschwindet; es bleiben noch einige nervöse Beschwerden („Gefühl von Wüstsein" im Kopf, reizbare Schwäche, Gedächtnissschwäche, Schwierigkeiten beim Rechnen) zurück; nach etlichen 5 Wochen aber ist Patient vollständig wiederhergestellt.

Bei seinen epikritischen Betrachtungen macht Verf. darauf aufmerksam,

Digitized by Google

dass die vorliegende Bewusstseinsstörung unmöglich eine solche sein kann, wie man sie wohl nach Gehirnerschütterung oder Schädelverletzung beobachtet. — Pat. dreht sich auf Anrede um, ohne zu antworten, steht auf behufs Uriniren, trinkt Wasser aus einem auf dem Nachttischchen stehenden Glase, kommt sofort nach einem einfachen technischen Verfahren zu sich — der ganze Zustand entspricht mehr einer functionellen Störung der vorschiedenen Centren, bekannt unter dem Namen „hysterische Bewusstlosigkeit". Verf. berichtet noch kurz über ein Pendant zu seinem Fall, welches von *Stephan* beschrieben worden ist. Als charakteristisch für „hysterische Bewusstlosigkeit" gibt Verf. jene Acte an, welche den Charakter „des Ueberlegten" ganz und gar tragen und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Wichtigkeit dieser Acte für Diagnose sowohl wie Prognose. Das Weitere des Aufsatzes, insbesondere die Art und Weise, wie sich Verf. den eclantanten Erfolg der Lufteintreibung erklärt, ist mehr von Interesse für den Otriater.

Dagonet, Jules, **Chronische Melancholie mit Angstzuständen. Verlust des Gefühls der Persönlichkeit. — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. Juni.**

Eine erblich belastete, psychisch früher gesunde Frau erkrankt zum ersten Male in ihrem 46. Jahre im Anschluss an häusliches Unglück an einer Psychose depressiven Charakters. Sie glaubt sich ruinirt, und klagt ausserdem, sie sei ganz stumpfsinnig, könne nicht mehr denken, ihr Gehirn sei hohl etc. In Folge dessen hochgradige Angstzustände, die zu einem Selbstmordversuche führen. Heilung nach einem Monat. Drei weitere Anfälle, die im Verlaufe der folgenden 14 Jahre auftraten, trugen genau dasselbe Gepräge, jedoch gelangte einer derselben erst nach einer Dauer von 6 Jahren zur Heilung. Seit 1885 — dem 62. Jahre der Patienten — ist dieselbe dauernd krank. Sie tritt im Zustande grosser ängstlicher Erregung in die Anstalt ein. Wiederum wird sie von Wahnvorstellungen nihilistischer Art beherrscht: sie hat kein Gehirn, sie denkt nicht mehr, sie fühlt ihr Herz nicht mehr schlagen, also hat sie keines; sie fühlt kein Leben mehr in sich. Allmälig bildet sich ein vollständiges, systematisirtes System der Selbstnegirung aus. Sie ist nicht Frau B. (ihr Name), sie ist nichts, sie ist eben erst geschaffen worden; oder: sie existirt gar nicht; eine Wärterin hat menschliche Gliedmaassen in einem Bett gefunden und daraus eine Puppe gemacht, das ist sie. Sie kennt die Frau B., das ist eine brave, treffliche Frau, sie wohnt da und da (nennt ihren früheren Wohnort), hat viele Schicksale durchgemacht und ist auch mehrfach in Irrenanstalten gewesen. Sie kennt jedoch diese Schicksale nur bis zum Jahre 1883; das folgende ist ihrem Gedächtniss entschwunden. Ihre Gedächtnissschwäche hat in den letzten Jahren mehr und mehr zugenommen; im Uebrigen ist der psychische Zustand, namentlich die Aengstlichkeit, stabil geblieben.

Digitized by

D. hält den vorliegenden Fall für ein Beispiel einer besonderen Form der Melancholie mit Angstzuständen.

Nolan, Geistesstörung nach Hypnotismus. — The Journal of mental science. Januar.

Verf. veröffentlicht einen Fall von Geistesstörung im Anschluss an eine hypnotische Sitzung, um zu beweisen, dass nicht Alle so glücklich sind wie *Richet* und *Heidenhain*, die nach ihren Erfahrungen die hypnotischen Experimente für durchaus ungefährlich erklären konnten. Auch bietet der Fall sehr viel Interessantes.

Es handelt sich dabei um einen erblich nicht belasteten Engländer, einen Soldaten. Derselbe war früher gesund, vor Allem nicht nervös, war als gemeiner Soldat tüchtig, gewissenhaft und solide. Als er Gefreiter wurde, hatte er immer die Furcht, seiner Stelle nicht gewachsen zu sein. Er kam deshalb ans Trinken, liess sich allerlei im Dienste zu Schulden kommen und wurde schliesslich degradirt. Er setzte trotzdem seine Excesse fort und kam auch körperlich sehr herunter. Während dieses geschwächten, nervösen Zustandes gab er sich mal zur Hypnose her. Dieselbe geschah durch eine Dame mittelst Vorhaltens einer glänzenden Kugel. Die Hypnose war sehr tief und hatte Pat. nachher keine Erinnerung für das was während und bald nach der Hypnose mit ihm geschah. Er hatte nur einen sehr starken Stirnkopfschmerz. Er blieb dann in der Folgezeit matt, confus und leicht verwirrt. Er hallucinirte, hörte sich in Einem fort „stupid" schimpfen, sah eine weibliche ihm drohende Person. Dabei hatte er den unwiderstehlichen Trieb, sich zu betrinken.

Schliesslich versuchte er auch, sich das Leben zu nehmen. Im Lazareth war er dann von Anfang an erregt, liess sich nicht fixiren, lief umher, gab confuse Antworten und machte einen blöden Eindruck. Die Hypnose fand im October statt und änderte sich der Zustand des Kranken nicht bis zum Januar des folgenden Jahres, wo er begann, wie es schien, unwillkürlich die Augen zu rollen, Nystagmus, träge reagirende Pupillen, schnaufende Nasenflügel, Beben der Lippen hatte. Dabei machte er in Einem fort pendelnde Bewegungen mit beiden Armen. Diese Bewegungen liessen nach, sobald man mit dem Kranken sprach; unbeobachtet nahmen die Störungen zu. Pat. gab kurze, meist falsche Antworten, ungefragt verfiel er in eine Art stuporösen Zustand. Die Reflexe waren erhöht. Nach einigen Tagen erschien dann im Gesicht die l'hyper-excitabilité neuro-musculaire *Charcot's* (*Westphal's* paradoxe Contraction), weniger in den Gliedern. Der Zustand blieb dann derselbe bis Ende Januar, wo Pat. dadurch auffiel, dass er die an ihn gerichteten Fragen bruchstückweise wiederholte, ohne sie zu beantworten. Seit Anfang Februar wich dann der Stupor, Pat. wurde theilweise krankheitseinsichtig, aber klagsam, verlor Appetit und Schlaf, äusserte auch hysterische Sachen, z. B. Globus hyst. Er behielt dann noch eine gewisse Reizbarkeit, war leicht erregt und konnte noch lange Zeit ein

Digitized by Google

brennendes Licht oder Feuer nicht vertragen. Seit März trat dann Genesung ein.

N. bringt dann im Anschluss an die Krankengeschichte einen interessanten Erklärungsversuch der Hypnose und eine psychologische Zerlegung seines Falles, die im Original nachzulesen, sehr zu empfehlen ist. Wie *Moll*, *Krafft-Ebing*, *Dessoir*, *Beaunis* u. A. weist schliesslich *N.* auf das hohe Interesse hin, das der Hypnotismus für die Psychologie hat, der „Hypnotismus ist für die Psychologen, was die Vivisection für die Physiologen".

Elkins, Frank Astley, **Ein Fall von Geistesstörung mit Mord und Selbstmord. — Ibid.**

Es handelt sich um eine Melancholie mit Sinnestäuschungen, die zu wiederholten Malen und meist nach Excessen in Alkohol auftrat. Der Betreffende war erblich belastet und besass eine Intoleranz gegen Alkohol.

Bei jeder geistigen Erkrankung versuchte der Pat. mehrfach sich das Leben zu nehmen. Schliesslich ermordete er während des letzten Anfalles, ohne nachweisbare Ursache, einen ihm bekannten Mann. Parästhesien und Sinnestäuschungen spielten dabei mit. Der Mord ward mit Ueberlegung ausgeführt. Vielleicht meint *E.* handelt es sich in diesem Falle auch um Epilepsie, die dann Folge von wiederholtem Fall auf den Kopf während der Kindheit sei. Typische Anfälle wurden aber nie beobachtet. Der Betreffende wurde dann vor Gericht freigesprochen. *E.* will den Fall verwerthen zum Beweise für das Bestehen des homicidialen Impulses. Zum Schluss erwähnt dann *E.*, dass nach einer Statistik $^1/_5$ aller Melancholiker suicidiale Impulse zeigen und dass 39% wirkliche Versuche gemacht haben. *E.* spricht sich dagegen aus, dass Alle, die mal in Folge von Alkohol-Abusus geisteskrank waren, dauernd internirt bleiben, selbst wenn sie im Zustand der Geistesstörung Selbstmordversuche gemacht haben. —

Robertson, Alex., **Ein Fall von acuter Dementia, behandelt mit Wärme und Kälte auf den Kopf, Elektricität, allg. Massage etc. — Ibid.**

Es handelt sich um ein 24jähriges, erblich nicht belastetes Mädchen, das, ohne nachweisbare Ursache, nach kurzem hallucinatorischem Vorstadium stuporös wurde. Die gewöhnlichen ärztlichen Eingriffe blieben ohne allen Erfolg. Vom 1. Febr. ab wurde der Kranken täglich 1 Stunde warmes Wasser von 110—115° F. auf den Kopf applicirt. Nach 14 Tagen wurde die Temperatur allmälig in der zweiten halben Stunde erniedrigt, bis schliesslich nach einiger Zeit in den letzten 20 Minuten immer Eiswasser angewandt wurde. Am 20. Febr. schon sichtbare Besserung. Es wurde nebenbei 2 mal täglich $^3/_4$ Stunde allg. Massage angewandt. Nach 3 Wochen bedeutende Besserung. Danach der constante Strom, wobei

Digitized by Google

der positive Pol auf dem Rückgrat stand, während der negative über dem Schädel bewegt wurde. Nach 14 Tagen völlige Heilung, die auch anhielt. Durch dieselbe Therapie will *R.* auch eine schon 3 Jahre bestehende Melancholie geheilt haben!

Urquhart, Fall von sexueller Perversion. — Ibid.

Ein Mann mit erblicher Belastung, der in der Kindheit wahrscheinlich einen Schädelbruch durch Fall von der Treppe erlitten, leidet an perverser Sexualempfindung. Er lässt sich unsittliche Vergehen mit Leuten seines Geschlechtes zu Schulden kommen und hat Widerwillen gegen das weibliche Geschlecht. Er wird schliesslich zu ein Jahr Gefängniss mit harter Arbeit verurtheilt. *U.* konnte den Betreffenden nicht für geisteskrank erklären, liess den Schädelbruch, resp. den Fall auf den Kopf in der Kindheit aber als Milderungsgrund gelten! *U.* scheint auch die erhaltene Strafe dem Einsperren im Irrenhause vorzuziehen.

Hadden, Ueber gewisse Articulations-Störungen bei Kindern. — Ibid.

1. Fall. Knabe von 11 Jahren. Sein Vater starb geisteskrank, Mutter und eine Schwester gesund, namentlich was die Sprache anbetrifft. In der Kindheit Masern und Keuchhusten. Zahnte und lernte gehen zur gewöhnlichen Zeit. Er machte sich durch allerlei Zeichen verständlich. Erst zwischen dem 3. und 4. Lebensjahre gab er einige Töne von sich. Mit 6 Jahren sagt er einige wenige Worte, wie „mamma“ und „no“. Sonst blieb er stumm bis zum 9. Jahre, wo er in der zu beschreibenden abnormen Weise sprechen lernte. In seiner Verwandtschaft war diese oder eine ähnliche Sprachanomalie bisher nicht vorgekommen, auch kam der Knabe nicht mit anderen schlecht sprechenden Kindern in Berührung. Bei der Aufnahme in das Hospital war er körperlich gesund, der Mund zeigte nichts Abnormes. Der Knabe war linkshändig, d. h. konnte beide Hände gleich gut gebrauchen. — Als *H.* den damals 11jährigen Knaben in Behandlung nahm, war er völlig unverständlich für Jedermann, nur seine damals 15jährige Schwester wollte ihn verstehen können. Er konnte seinen Eigennamen nicht sagen, nicht einmal die einfachsten Worte wie „cat“ vermochte er verständlich auszusprechen. Sagte oder las er etwas, so merkte man deutlich, dass er die Worte in Silben theilte. Er sagte das Alphabet immer in derselben Weise her, doch bezeichnete er die einzelnen Buchstaben z. Th. anders als üblich. Das Nähere darüber muss im Original nachgelesen werden. Für w sagte er z. B. dedorch. Auch dabei stammelte er. Sagte er das Vaterunser auf, so sprach er einzelne Buchstaben anders aus als vorher im Alphabet, d. h. allein, nicht mit anderen Buchstaben verbunden. Manche Buchstaben fehlten ihm ganz, so das lange und kurze o, das u etc., von den Consonanten fehlten ihm b d f m n p s t sh ch. Er schrieb dabei rechts und links gleich flott; copirte er oder dictirte man ihm etwas, so schrieb er die ersten 2—3 Worte richtig, dann folgten

Digitized by Google

Striche und einzelne Buchstaben. Er war aber bald ganz confus. Sprach man mit ihm in seiner eigenen Sprache, so verstand er Einem nicht, auch nicht, wenn man ihm in seiner eigenen Sprache etwas vorschrieb. Las er laut vor, so war er ebenfalls unverständlich, doch verstand er offenbar, was er las.

Die Behandlung war nun folgende: In den ersten 7 Wochen lernte er nur die elementarsten Sachen. Man unterrichtete ihn, wie die Taubstummen, lehrte ihn aufpassen und die Stellungen des Mundes nachahmen, eventuell half man ihm dabei. Er lernte so allmälig das Alphabet aussprechen, bis auf r z und wenige andere Consonanten. Grosse Schwierigkeit machte die Verbindung von Consonanten mit Vocalen. Aber er machte doch sichtbare Fortschritte. Er konnte schliesslich alle Bestandtheile unserer articulirten Sprache nachsprechen. Doch blieb sein spontanes Sprechen unbeeinflusst, weil er mit den andern Patienten und Freunden in seiner alten Weise weiter sprach. Er wurde deshalb schliesslich isolirt, d. h. mit einer passenden Wärterin allein gesperrt, und lernte dann innerhalb 3 Monaten soviel, dass er bei der Entlassung Alles deutlich sprechen konnte. Er las die Fibel deutlich bis auf grosse Worte, die Endsilben verschluckte er noch leicht. Nach der Entlassung aus dem Hospital lernte der Knabe dann noch unter der Aufsicht eines Lehrers fertig sprechen.

2. Fall. Knabe von 7 Jahren, stammt von gesunden Eltern. Auch keinerlei Sprachstörungen in der Familie. Hat 6 Geschwister. Eine Schwester von 17 Jahren hat 6 Zehen am linken Fuss; eine andere 9jährige Schwester ist linkshändig. Ein Vatersbruder lernte erst mit 7 Jahren sprechen, eine Cousine von Muttersseite stammelte. Der Pat. war sonst gesund; am Munde nichts Abnormes. Er lernte spät etwas lallen, und wurde die Sprachstörung, die der im 1. Falle glich, mit der Zeit schlimmer. Er konnte die Vocale sprechen. Ein grosser Theil der Consonanten war missgestaltet. Die ihm geläufigen Consonanten konnte er zu Worten kaum verarbeiten. Die Endsilben liess er ebenfalls aus. Mitunter Silbenverstellung. Behandlung wie oben. In 3 Monaten deutliche Articulation. Die meiste Arbeit machte wieder das Verbinden der Buchstaben zu Silben und dieser zu Worten und Sätzen.

3. Fall. Knabe von 4 Jahren; ebenfalls defecte Articulation. 2 Brüder des Vaters starben geisteskrank. Der Pat. nicht linkshändig, ebensowenig seine Verwandten. Aber alle Geschwister im Sprechen zurückgeblieben, sonst geistig gut voran. Pat. begann mit 2 Jahren zu sprechen, aber erst nach $1^1/_2$ Jahren Worte zu bilden. Körperlich wohlgebildet, namentlich der Mund. Stammelte nicht. Gehör normal. Er sprach alle Vocale, eine Anzahl Consonanten fehlte. Die Sprache unverständlich. Die Articulation sehr defect. Die Sprache des Kindes wurde nach 9monatlicher Behandlung, dieses Mal aber ohne Isolation wegen der Jugend des Pat., — etwas besser.

H. erwähnt, dass, obwohl die Sprache eigentlich in das Gebiet des

Digitized by Google

Instinctes gehört, die Erziehung doch bei ihrem Mechanismus viel zu thun hat. Die ersten Erfolge verdankt das Kind der Nachahmung. Am leichtesten sind die Labialen b p und m (z. B. baby, papa, mama) und die Lingualen d und t (dada, tata). Bei ihnen scheint der Mechanismus einfach, später wird er schwieriger, z. B. bei g h j y, weshalb diese Buchstaben oft längere Zeit schlecht ausgesprochen werden. Der schwierigste Ton sei r, das oft durch w ersetzt werde (wun für run). Der letztere Defect bleibe bei Manchem durchs ganze Leben, oft bei verschiedenen Gliedern derselben Familie, sei es in Folge von Nachahmung, sei es durch einen erblichen Defect. Die drei oben gen. Kinder haben das r bisher nicht sprechen gelernt. Während nur gewisse Elemente der Sprache dem Kinde durch Erziehung beigebracht werden, entdeckt es andere gleichsam automatisch. Das Coordinations-Centrum für die Sprachelemente müsse gleichsam einen Schlag erhalten, um selbstthätig voran zu arbeiten, ohne besonderer Führung durch Erziehung und dergl., — und hänge diese weitere Entwickelung ab von der Integrität des Gehör-Centrums. Von der Entwickelung dieses hänge auch das leichte oder schwerere Erfassen der Sprache beim Kinde ab, dass z. B. manche Kinder noch so tölpelhaft sprechen, auch wenn sie die einzelnen Buchstaben alle einzeln fertig aussprechen können. Kleinere Defecte verschleissen sich von selbst. Sprechen und Laufen erlernt man im Allgemeinen langsam, und erfordert bei beiden die Ausbildung, was musculäre Coordination und schliessliche Fixation anbetrifft, bei verschiedenen Menschen verschieden lange Zeit.

Die oben gen. Kinder hatten neben einem guten Intellect völlig normales Gehörsvermögen. Daher müsse man die Ursache für die schlechte Articulation im centralen Nervensystem suchen. Verf. kommt dann auf die *Bristowe*'sche Theorie, dass die articulirte Sprache des Menschen aus weniger als 50 Elementen besteht, die mit Hülfe eines Coordinationscentrum zur fertigen Sprache verarbeitet werden. Dies Centrum sei in Thätigkeit und von Wichtigkeit beim Umsetzen des gehörten Wortes in Bilder, Gedanken etc. und schliesslich wieder in articulirte Sprache. Ist dies Centrum erkrankt, gleichsam in „Stummheit", so müsse der betr. Mensch wie ein Taubstummer erzogen werden. Dahin gehören mehrere Fälle von Aphonie (*Bastian*). *Bristowe* veröffentlicht einen solchen Fall, wo ein Mann nach Lähmung Alles verstand, was man ihm sagte, Alles schreiben konnte, sich schriftlich gut unterhielt, ordentlich hörte, aber absolut nicht im Stande war einen articulirten Ton von sich zu geben, obgleich alle Bewegungen der Zunge, Lippen etc. möglich waren. *B.* erklärt dies durch ein Vergessen der Bewegungen, deren Resultat eben die Elementarbestandtheile unserer Sprache sind. Der betr. Kranke lernte übrigens nach Art der Taubstummen innerhalb 2 Wochen wieder sprechen.

H. will bei s. Fällen zwischen Linkshändigkeit und Sprachstörung keinen Connex etabliren, da wir letztere auch allein für sich finden. Doch müsse die Anlage zu Geistesstörung bei 2 von den Fällen berücksichtigt

Digitized by Google

werden, auch das Stammeln in den betr. Familien. In einem hierhergehörigen Fall von *H. Sainsbury* hatte der Pat. rechts 2 kleine Zehen, was in dem obigen Fall zwar nicht bei dem Pat. selbst, aber bei seiner Schwester vorkam. *H.* legt schliesslich bei der Behandlung das Hauptgewicht auf die Isolation.

***Macpherson, John*, Manie und Melancholie. — The Journal of mental science. April.**

M. führt sich ein zunächst als ein Anhänger von *Herbert Spencer*, *Darwin* und *Hughlings Jackson*. Mit ihnen müsse jede zukünftige Theorie der geistigen Gesundheit oder Krankheit rechnen. Speculative Theorien könnten andere Zweige unseres medicinischen Wissens entbehren, aber nicht das Studium der Geisteskrankheiten, welche „sitzen in dem Grenzgebiete zwischen dem Palpabeln und Inpalpabeln".

M. beschäftigt sich dann nur mit Melancholie und Manie, und zwar zunächst mit den psycho-klinischen Factoren Lust und Schmerz. *Spencer* erklärt den Schmerz für die Folge der Inactivität und Hyperactivität, während Lust, Wohlbefinden erzeugt wird durch eine Zwischenstufe der Arbeit, auf der Mitte zwischen dem zu Viel und zu Wenig. Z. B. verursachen intensive Kälte und Wärme Schmerzen, mässige Wärme Wohlbehagen. Inactivität eines Organes, wie der Magen im Hungerzustande, sei schmerzlich, ebenso Ueberfüllung des Magens. Inactivität erzeugt gleichsam negativen Schmerz, Ueberanstrengung positiven Schmerz. Dazwischen liegt das Wohlbefinden, Wohlbehagen, resultirend sowohl aus mässiger Arbeit des Organismus, als aus mässigen Stimuli von Aussen. Inactivität und negativer Schmerz erzeugen Abnahme der nervösen Energie und Spannung, während Ueberanstrengung und positiver Schmerz zu rapider Zunahme derselben führen. In der Mitte liegt der Nervenzustand, welcher der Träger des Wohlbefindens ist. Es gibt nur zwei Arten von Gefühlen, angenehme oder unangenehme.

M. zeigt dann, wie der Automatismus bei höherer Entwickelung des Nervensystems immer geringer wird, d. h. das Bewusstsein immer mehr Antheil an allem Geschehen nimmt, durch Einfügung immer höher gelegener Reflexbögen und Centren. Das Bewusstsein ist dann schliesslich die Summe aller Eindrücke, die das Gehirn zur Zeit vom ganzen Organismus und von der Umgebung empfängt. Der Sitz des Bewusstseins sind die Frontallappen, spec. die *Rolando*'schen Furchen. Alles psychische Leben resultirt aus Bewegung. Das Nervensystem ist der Träger der moleculären Bewegung, die ihrerseits bestimmte Bahnen einschlägt und von gewissen Bedingungen abhängig ist. Die letzteren beruhen wiederum auf der Einschaltung immer höherer controllirender Nervenbogen, die schliesslich im Bewusstsein culminiren. Immerfort fluthen nervöse Ströme nach oben und bilden den augenblicklichen Gemüthszustand. Die Ströme entsprechen den angenehmen und unangenehmen Gefühlen. Beim normalen Geisteszustande

Digitized by Google

halten sich beide Ströme die Waage, bilden ein neutrales Gemisch, ähnlich dem weissen Licht, das aus vielen Farben besteht.

M. erwähnt dann, dass unangenehme Gefühle die Tendenz haben, verwandte Gefühle wach zu rufen; die Nervenströme finden eben auf dem Wege zu ihnen den geringsten Widerstand. Dies geschieht automatisch. Bei depressiven Gemüthszuständen wird z. B. am Leichtesten das Gefühl von Furcht und Schrecken wach. Psychologisch folgt wieder daraus, dass bei schmerzlichen Empfindungen und Gefühlen das subjective Bewusstsein wächst gegenüber dem objectiven; das Ego im Bewusstsein wird gesteigert. Dasselbe geschieht bei angenehmen Gefühlen, wo das Selbstgefühl gehoben wird. Die Steigerung des Ego ist für die Geisteskrankheiten von Wichtigkeit. Das Prävaliren eines der beiden Gefühle stört das Urtheil. Gemüthsbewegung stört immer das Urtheilsvermögen, und je stärker die Bewegung, desto stärker die Störung der letzteren. Jede Geistesstörung wird eingeleitet durch eine stärkere oder geringere Gemüthsbewegung.

Im zweiten, physiologischen Theil, setzt dann *M.* auseinander, dass jedes psychische Phänomen von Einfluss ist auf die Circulation und Ernährung. Gehirnarbeit geht einher mit chemischer Veränderung in den Zellen und isomerischer in den Fasern, welche für das Gehirn Zeiten der Ruhe und Erholung nöthig machen. Während nur unangenehme Eindrücke auf die Vasoconstrictoren und auf die Herzaction verlangsamend wirken, also die Ernährung des Gehirns verlangsamen, — wirken angenehme Eindrücke auf die Vaso-Dilatoren und beschleunigen die Herzaction, begünstigen also die Restitution im Gehirn.

Im dritten, pathologischen Theil, macht *M.* zunächst darauf aufmerksam, dass während unter physiologischen Verhältnissen die Reihenfolge ist: Perception, Emotion, vasomotorische und cardiale Affection, nutritive Veränderungen, unter pathologischen Verhältnisssen sich folgen: nutritive Veränderungen, Emotion, vasomotorische und cardiale Affection, secund. nutritive Veränderungen! Nutritive Veränderungen geschehen nicht nur durch Aenderung der Quantität und Qualität des Blutes, sondern auch durch toxische Stoffe, die im Blut sind, eine Art Auto-Intoxication des Gehirns, indem durch falschen Austausch zwischen Blut und Gehirnzellen giftige Stoffe in den Gehirnzellen selbst entstehen. Auf die quantitative und qualitative Aenderung des Blutes geht *M.* nicht näher ein. Dagegen glaubt er, dass öfters, als man glaubt, toxische Stoffe im Blute sind und deprimirend wirken, den nervösen und musculösen Tonus herabsetzen, ebenso wie Fieber, Hyoscin, Belladonna, Nicotin.

Er weist dann auf die allg. Prostration bei Icterus und überhaupt Leberleiden hin, wo der Eiweisszerfall nicht den üblichen Gang einschlägt. Auf die Ptomaine und Leucomaine müssten die Gehirnpathologen mehr Gewicht legen. Auch die vegetabilen Alkaloide und Mineralsäuren wirkten auf das Nervensystem nur durch Aenderung des Eiweiss. Anaesthetica und Narcotica wirken auf die Nerven nur deshalb, weil sie überhaupt auf alle

Digitized by Google

Proteinsubstanzen wirken (*Spencer*). Für die dunkle cerebrale Auto-Intoxication führt *M.* dann an, dass *Hughlings Jackson* behauptet, dass gewisse Gehirnzellenlager falsch ernährt werden, wobei durch die falsche Eiweissverarbeituug ein sehr explosibler Stoff abfällt. Dieser Stoff verursacht den epileptischen Anfall. Das erfolgreiche Ausschneiden bestimmter Gehirnpartien bei einer gewissen Art von Epilepsie spricht für die Theorie. Ebenso die Versuche von *Ch. Feré*, welcher Urin von Epileptischen, unmittelbar vor dem Anfall entnommen, Thieren einspritzte, die dann in Krämpfe verfielen! Dieser toxische Stoff solle aus dem Gehirn stammen. Das Eiweiss könne aber bei seinem Verfall mal andere Wege einschlagen, und auf demselben zeitweise giftig wirken. *Selmi* habe in den Se- und Excreten Paralytischer giftige Basen gefunden, die dem Nicotin und Conein sehr ähnlich seien. Choline und Neurine, die Gallenbestandtheile, seien giftig. Beide stammen vom Lecithin, welches wiederum sehr reichlich in frischem Gehirn gefunden wird. Die Gallenbestandtheile, den Thieren beigebracht, machen Gehirnerscheinungen ähnlich der Melancholie und dem Stupor! — Bei Manie können dann andere Ptomaine mitspielen, z. B. die Creatin-Gruppe, die muskel- und herzstimulirend wirkt bis zu Convulsionen. Bei unserer Unkenntniss über den Einfluss der Ptomaine während der normalen Eiweissumsetzung, meint *M.*, seien wir bisher nur auf Speculation angewiesen!

Schliesslich spricht sich *M.* für die möglichst eiweissarme Ernährung der Geisteskranken aus und rühmt die Resultate von *H. Jackson* bei Epilepsie.

***Ball,* Folie cardiaque. — La méd. moderne. No. 29. 1890.**

Die Folie cardiaque, eine bei Herzfehlern vorkommende, für sie charakteristische Psychose, ist ein seltenes Vorkommen, wie auch anderseits Herzfehler bei Psychosen nicht häufig sind. (?) Im Anschluss an zwei vorgestellte Fälle bespricht *B.* in einer klinischen Vorlesung das Charakteristische dieser Fälle. Nothwendig ist das Vorhandensein eines Herzfehlers, in erster Linie Mitralfehler und dann eine gewisse Prädisposition von Seiten des Gehirns. Die Form der Psychose ist meist die der Melancholie, zuweilen der sogenannten agitirten mit Neigung zu lärmenden Lamentationen und unwiderstehlichem Bewegungsdrang; dabei bestehen zahlreiche Hallucinationen, namentlich Gesichtshallucinationen und emotionelle Delirien. Charakteristisch ist die Neigung zu Selbstmorden und zu impulsiven Acten, begleitet von heftigen Palpitationen und Beklemmungsgefühl, die Verschlimmerung während der Nacht und der ungünstige Einfluss einer auftretenden Albuminurie. Frappirend ist die Intermittenz des Verlaufes, bedingt durch Besserung oder Verschlimmerung des Grundleidens. Der einzelne Anfall gibt wohl meist eine gute Prognose, der schliessliche Ausgang ist jedoch, wenn das Leben so lange erhalten bleibt, Demenz. Was die Behandlung betrifft, so wirken Blutentziehungen in Form von

Blutegeln ad anum oder an den Processus mastoid. bei Stauungszuständen des Gehirnes mit zahlreichen Gesichtshallucinationen recht günstig. Sehr wirksam ist Digitalin, besonders in kleineren Dosen durch längere Zeit gegeben, ebenfalls in Verbindung mit Opium oder subcutanen Morphiuminjectionen. Unterstützt wird die Behandlung durch Darreichung von Bromkalium, das vor Allem die Präcordialangst beseitigt. Unbedingt nothwendig ist Ruhe und Isolirung. *S.*

Naumow, J. J., **Zur Casuistik des katatonischen Irreseins. — Russ. Archiv f. Psych. Bd. 17 H. 1.**

S. J. K., Arzt, 24 Jahre alt, hereditär belastet, seit dem 13. Jahre Onanist, Impotentia viril., Abusus spirituosorum, 1884 Typhus petechialis, nach der Genesung neuer Abusus spir. und Erkrankung an Irresein, in der fünften Woche, am 3. März 1886, Aufnahme in der Anstalt zu Kasan. Körpergewicht 204 Pfund. Die ersten anderthalb Wochen befand er sich in einem melancholischen Zustande; Herzthätigkeit, Schmerzempfindung und Reflexe bedeutend herabgesetzt; hierauf folgte während einer Woche maniakalische Aufregung wobei ein Gewichtverlust von 6 Pfund. Hierauf folgte die katatonische Periode mit deutlich ausgesprochener Flexibilitas cerea, welche volle 9 Monate andauerte. Während dieser Zeit fällt das Gewicht von 180 auf 118 Pfund, vollständige Anästhesie, erhöhte Muskel- und Hautreflexe, Urin kaum 440 ccm in 24 Stunden, Unregelmässigkeiten im Athmen und Puls, oft 110 Athmungen bei 70—80 Pulsschlägen in der Minute.

Hierauf trat bedeutende Besserung (Remission) ein, welche gegen $2^1/_2$ Jahre andauerte, ohne nachweisbare Ursache Rückfall mit sichtlich ausgesprochenen Zeichen der beginnenden Demenz. *A. v. Rothe.*

Lehr, G., **Die nervöse Herzschwäche (Neurasthenia vasomotoria) und ihre Behandlung. — Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1891.**

Der Verf. stellt neben die Neurasthenia cerebralis, spinalis und gastrica, nach dem Vorgange von *Rosenbach* die vasomotorische Neurasthenie als eine besondere Krankheitsform hin und will mit dem Namen vasomotoria andeuten, dass das ganze Gefässsystem an der Erkrankung theilnimmt. Die Ursachen der Neur. vasomot. sind theils toxische (Tabak, Alkohol, Thee, Caffee, Verletzungen mit grossem Blutverlust) theils reflectorische (geistige Ueberarbeitung, nächtliches Leben, anhaltende Sorgen und Kummer, plötzlicher Schreck, Excesse etc.), das hervorragendste Symptom der Neur. vasom. besteht in Herzklopfen. Verf. unterscheidet zweierlei Formen der Krankheit und zwar ein excimotorisches — oder Reizstadium und ein depressorisches Stadium. Bei der ersten Form ist der Puls garnicht oder nur wenig beschleunigt, bei den geringsten Anlässen aber oder auch ohne

Digitized by Google

solche, tritt heftiges Herzklopfen, Angstgefühl, Unruhe und Aufregung ein. Bei der zweiten Form findet sich eine dauernde Beschleunigung der Herzthätigkeit. Weitere Symptome sind Muskelzittern und eine Veränderung des Gemüthszustandes nach der depressorischen Seite hin. Die Athmung bleibt unverändert. Die sphygmographischen Untersuchungen führen den Verf. zur Aufstellung einer dritten Form, die er „atonische" nennt und die sich bei beiden klinisch zu unterscheidenden Formen sphygmographisch nachweisen lässt. Die Curve dieser Form zeigt ein deutlich dikrotes Gepräge. Es beruht das nervöse Herzklopfen auf einer in der Medalla oblongata ausgelösten Reflexwirkung und zwar entsteht das Reizstadium reflectorisch durch eine Erregung der Beschleunigungsnerven des Herzens. Das Lähmungsstadium ist ein vorgeschrittenes Stadium des ersten. Das die Herzbewegung hemmende medullare Centrum ist gelähmt. Die atonische Form entwickelt sich durch vorübergehende Lähmung des vasomotorischen Centrums. — Die Prognose des Leidens ist im Allgemeinen eine gute, sobald die Fälle frühzeitig zur Behandlung kommen. — Die Behandlung besteht zunächst in der Entziehung aller Schädlichkeiten, Regelung der gesammten Lebensweise, der Diät und vor allem des Schlafes, Besserung des Gemüthszustandes, daneben in der Verabreichung von lauen Bädern, Abreibungen, Douchen, in der Anwendung von Electricität, Galvanisation und Franklinisation; Medicamente (Bromsalze, Digitalis, Chinin, Antipyrin, Amylnitrit, Ergotin) finden nur vorübergehend Verwendung.

Serger.

Buringh Boekhoudt, Periodischer hallucinatorischer Wahnsinn. — Psychiatrische Bladen. Theil 9, Lieferung 2.

Barbara B., geb. 30. März 1843, stammt aus einer erblich belasteten Familie. Sie war bereits 2 Mal in der Anstalt von Utrecht wegen Melancholie behandelt und genesen entlassen worden. Am 3. Febr. 1887 wurde sie zum dritten Male aufgenommen mit der Diagnose Melancholia agitata. Es handelt sich um ein körperlich gesundes Mädchen mit breitem Schädel und Degenerationszeichen an beiden Ohren. Am 1. März 1887 erschien sie bedeutend gebessert, war heiter und fleissig und verlangte ihre Entlassung. Ende April zeigten sich von Neuem Depression, Angst und Unruhe mit Exacerbationen und Remissionen, dabei war aber von einer Periodicität keine Rede. Doch zeigten sich jetzt bei der Pat. Wahnideen: sie glaubt, dass ein Graf in sie verliebt ist und sie heirathen will. Derselbe hat ihr 45 Wagen mit Kostbarkeiten zum Geschenk gemacht. Dabei besteht ein erheblicher Grad von Schwachsinn. Die Diagnose schwankt nach dem Verf. zwischen geistiger Schwäche und secundärem Wahnsinn und geistige Schwäche aufgetreten im Verlaufe einer Paranoia. Seit Juni 1890 änderte sich das Krankheitsbild insofern, als Anfälle von Angst mit Wahnideen auftraten. Diese Anfälle zeigten einen intermittirenden Charakter. Sie begannen regelmässig des Nachmittags zwischen 5 und 7 Uhr

Digitized by Google

und hielten 36 Stunden an. Dabei bestanden lebhafte Hallucinationen meist ängstlichen Inhalts. Am Schlusse der Anfälle fing die Pat. an zu jammern, sie sei nicht die Barbara B., sie sei nicht geboren, es sei ein Stück stinkend Fleisch, das an ihrer Stelle sei. Die Erinnerung an die Anfälle war beinahe vollständig erhalten, nur wurde es der Pat. schwer, sich zu erinnern, man musste ihr dabei zu Hülfe kommen. Während der Anfälle aber erkannte Pat. ihre Umgebung richtig und blieb völlig orientirt. Somatisch fand sich bei der Pat. während dieser Anfälle eine erhebliche Pulsbeschleunigung und starke Injection der Gefässe des Gesichtes. Auf diese Anfälle folgten 3 freie Tage. Dieser Typus hielt sich bis in die letzten Tage des Octobers. Dann dauerten die freien Zeiten 5 Tage, 10 und 5 Tage. Nach dem 26. Nov. hörte der intermittirende Charakter auf und es blieb der secundäre Wahnsinn bestehen. Der Verfasser reiht das Krankheitsbild unter die periodischen Formen unter 1) wegen der photographischen Gleichheit der Anfälle, 2) wegen der gleichen Länge derselben, 3) wegen der kurzen Dauer der Prodrome und des Abfalls und ist der Ansicht, dass es sich um einen periodischen Wahnsinn handelt. Chinin blieb ohne Erfolg. Am 26. Jan. 1891 zeigte sich der letzte Anfall. *Serger.*

Marandon de Montyel, Ueber Chloralamid. — Annales médico-psychologiques. März.

Verf. berichtet zunächst eingehend über seine Methode der Untersuchung von Schlafmitteln bei Geisteskranken: er hat eine besondere Abtheilung, auf der während der ganzen Nacht gewacht wird; der Wärter ist verpflichtet, jede Stunde zu notiren, ob der Kranke schläft oder nicht, und in letzterem Falle, ob er ruhig ist oder nicht, schliesslich wird das Schlafmittel dem Kranken verabfolgt ohne Mitwissen des Wachtpersonals. *M.*, der bei diesem Vorgehen schlechte Resultate mit Methylal, an das sich die Kranken gar zu schnell gewöhnen, und mit Sulfonal, das in kleinen Dosen unwirksam, in grossen wirksam, aber nicht indifferent ist, erzielt hat, hat in gleicher Weise Versuche angestellt mit Chloralamid. Es wurde angewandt bei 60 Geisteskranken in Gaben von 2—6 g. 25 Patienten litten an Manie oder Melancholie; bei den 6 ruhigen Kranken war der Erfolg ausgezeichnet — nach 3 g regelmässig ein 6—8stündiger Schlaf; bei den 19 andern, die Nachts unruhig waren, half es nur in 5 Fällen und auch da nicht einmal regelmässig. Bei 2 Epileptikern erwies es sich wirkungslos; 6 an seniler Demenz Erkrankte schliefen regelmässig nach Chloralamid. Schliesslich wurde es noch gegeben bei 27 unruhigen Paralytikern und zwar bei 22 mit Erfolg, der fast regelmässig eintritt und auch bei längerer Verabfolgung des Mittels nicht nachliess. Verf. glaubt aber, aus seinen Beobachtungen den Schluss ziehen zu müssen, dass in 16 seiner Fälle der Verlauf ganz ausserordentlich beschleunigt wurde; die Erkrankung, die bisher der gewöhnlichen Paralyse glich, nahm nunmehr das Bild der acuten Paralyse an, wie sie insbesondere von *Baillarger*

Digitized by Google

geschildert worden. Bei 3 von diesen nahm die Krankheit unmittelbar nach Aussetzen des Mittels wieder das alte, frühere Aussehen an; bei den 13 andern trat der Tod nach verschieden kurzer Zeit ein. Verf. untersuchte nun, wie diese dem Paralytiker so verderbliche Wirkung des Chloralamid zu erklären sei. Dass es direct auf die Ernährung schädlich einwirke, war unwahrscheinlich, weil es in allen andern Fällen sich als für die Ernährung indifferent erwies, und war fast mit Sicherheit auszuschliessen, als es sich zeigte, dass das Gewicht von 5 andern, in verschiedener Weise erkrankten Patienten, die in 16 Tagen nicht weniger als 64 g Cloralamid (8 mal 3 und 8 mal 5) erhielten, constant blieb, bei 3 sogar zunahm. Der Grund musste also anderswo zu suchen sein; und nun wurde Verf. darauf aufmerksam. dass unter Einfluss des Mittels die Stärke und Frequenz des Pulses sehr zunahm, es stellte sich ein starker Blutandrang zum Kopfe ein, das Gesicht röthete sich lebhaft, der Kranke empfand ein unangenehmes Gefühl von Wärme im Gesicht sowie oft das von Betrunkenheit; es zeigte sich noch, dass verschiedene Personen auf die gleiche Menge nicht in gleich starker Weise reagirten. Spielt aber, wie Verf. sagt, die Congestion schon eine grosse Rolle bei der Entstehung und Entwicklung der Paralyse, so ist es leicht verständlich, warum der Paralytiker auf diese künstlich hervorgerufene Hyperämie in für ihn so verhängnissvoller Weise reagirt; dies macht es auch erklärlich, dass sich bei den so Erkrankten nach dem Mittel kein Symptom einstellt, was nicht auch sonst bei Paralyse vorkäme. Verf. kommt somit zu dem Schluss, dass das Chloralamid bei den Paralytikern contraindicirt ist, und dass bei seiner Anwendung bei seniler Demenz eine gleiche Vorsicht wünschenswerth sei.

Benedict, **Zur Therapie der Neurasthenie und der functionellen Neurosen überhaupt. — Internationale klinische Rundschau. Wien, No. 5.**

Verf. bespricht in diesem sehr lesenswerthen Aufsatze, der einem Vortrag in dem Wiener medicinischen Doctoren-Collegium entspricht, zunächst einige hinsichtlich der Aetiologie wichtige Momente (Mandatsdauer, Erziehung, Examen) und gibt dann, schöpfend aus dem Borne seiner reichen Erfahrung, wichtige Winke der Behandlung, wobei er der Individualisirung der Therapie bei jedem einzelnen Fall insbesondere das Wort redet. Der Vortrag ist zu aphoristisch gehalten, als dass er sich zu einem ausführlicheren Referate eignete.

Roubinovitch, **Ueber Sulfonal bei Geisteskranken. — Le Progrès méd. No. 29.**

Der Artikel enthält nur die bekannten Thatsachen über Sulfonalwirkung bei Irren.

Digitized by Google

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.

Ref.: Kirn-Freiburg.

Zacher (Ahrweiler). Ueber zwei Fälle von acuter Paralyse. — Neurolog. Centralblatt. No. 3.

Verf. theilt 2 Fälle acuter Paralyse mit, welche nicht auf interstitielle Encephalitis zurückzuführen sind.

1. Fall. 48jähriger Rittmeister, erblich belastet, intelligent, aber heftig; ob früher syphilitisch? Seit Sommer 1889 verstimmt, gedankenvoll und reizbarer; November — Melancholie, Schläfrigkeit, ängstliche Unruhe, Kopfweh, Selbstmorddrang.

3. December Anstalts-Aufnahme: schwere psychische, aber keinerlei motorische Störungen. Heftiger Kopfschmerz und Betäubungsgefühle, hochgradige schmerzliche Unruhe, heftige Angstzustände; congestionirtes Aussehen, kleiner frequenter Puls. Dann wechselten Tage eines stuporösen Verhaltens mit Zuständen ängstlicher Erregung. Fibrilläre Zuckungen und allgemeine Muskelunruhe, zitterige Bewegungen, Steigerung der Patellarreflexe, spastischer Widerstand bei Berührung; Puls 140, Temperatur 40° C. Seit dem 8. Tage traumartiger Zustand, grosse reflectorische Erregbarkeit, aber keine ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, zunehmende Entkräftung; Tod in der Nacht vom 9. auf 10. Tag nach der Aufnahme unter dem Bilde allgemeiner Erschöpfung.

Section: Pia mater sehr blutreich, über die ganze Convexität milchig getrübt; Basal-Arterien leicht atheromatös; Gyri hypocampi, recti und frontales violett; Corticalis schmal, dunkel gefärbt; weisse Substanz und grosse Ganglien blutreich.

Mikroskop. Befund: Im Gyrus rectus ausgedehnter, ziemlich hochgradiger Faserschwund, gerade wie bei der typischen Paralyse: in den vorderen Regionen der Stirnwindungen analoger Befund, nur weniger hochgradig und ausgedehnt; nach hinten zu immer mehr abnehmend. In den Gefässen dieser Theile reichliche Wucherung und Ansammlung von Zellen. In der Deckschicht mächtige Entwicklung von Spinnenzellen durch die ganze Rinde. Aussehen der Gliasubstanz nicht verändert; Ganglienzellen zumeist schön entwickelt.

2. Fall. 31jähriger Schreiber, nicht erblich belastet, stets solide, nie syphilitisch. Im Sommer 1889 Sorgen und Aufregungen, im August Abmagerung; im September Kopfschmerzen und Denkunfähigkeit, schmerzliche Verstimmung; in der Folge Sinnestäuschungen und Angstzustände; später intercurrente Stuporzustände mit Zähneknirschen. Ende October 2 epileptiforme Anfälle.

3. November Anstalts-Aufnahme: Elendes Individuum mit asymmetrischem Schädel und linker weiter und starrer Pupille; absolut unzugänglich

Digitized by Google

und widerstrebend, auch gegen die Nahrungsaufnahmen; plötzliche heftige Angstzustände mit melancholischen Wahnideen; rechtsseitige Pleuritis. Temperatur bis 39,5°, Puls klein und frequent, bis 130. Die folgenden Tage ähnlicher Zustand, zugleich aber motorische Reizerscheinungen, Sehnenhüpfen, krampfartige Starre, Steigerung der motorischen Muskelerregbarkeit. Am 12. November Collaps, am 13. Tod in soporösem Zustande.

Section: Starke Hyperämie des Schädels, der Dura und Pia; letztere über Stirn- und Centralwindungen mässig verdickt und getrübt, rechts mehr. Windungen schön entwickelt, nicht verschmälert, rosig gefärbt. Seitenventrikel erweitert.

Auf Frontalschnitten Rinde und grosse Ganglien s. blutreich und bläulich-roth gefärbt. Ependym des 4. Ventrikels deutlich granulirt.

Mikroskop. Befund: Im Gyrus rectus und den vordersten Stirnpartien erheblicher und ausgedehnter Faserschwund mit völligem Fehlen der Fasern in den 2—3 oberen Schichten. Die Veränderungen an den Gefässen und im interstitiellen Gewebe waren viel erheblicher und intensiver, als im ersten Falle; reichliche Wucherung von Spinnenzellen. Nur geringe Veränderungen der Ganglienzellen. Weiter nach hinten nehmen die Veränderungen allmälig ab.

Epikrise: Der zweite Fall erweist sich nach dem ganzen Symptomenbilde klar und deutlich als eine Paralyse, die nach kurzem stürmischen Verlaufe zum Tode führte. Im ersten Falle dagegen fehlten epileptiforme Anfälle und alle Lähmungserscheinungen, welche für die Paralyse charakteristisch sind, es entsprach vielmehr das Krankheitsbild völlig dem des Delirium acutum melancholicum. Dennoch handelte es sich auch hier um einen paralytischen Process, indem der anatomische Befund, makroskopisch und mikroskopisch, alle jene Veränderungen aufwies, welche für die progressive Paralyse charakteristisch sind. Das Delirium acutum ist aber keine Krankheitsform sui generis, sondern nur ein Symptomencomplex, durch eine acute Steigerung des zu Grunde liegenden Krankheitsprocesses bedingt. Wie die mitgetheilten Fälle lehren, gibt es also auch Zustände acuter Paralyse, welche in ihrem ganzen Verlaufe einen depressiven Charakter bewahren und bei denen Lähmungserscheinungen nicht zur Entwickelung gelangen, weil hierzu keine Zeit gegeben ist (im ersten Falle nur 4wöchentliche Dauer!). Um so auffälliger sind die in so kurzer Zeit entwickelten, für die Diagnose der Paralyse vollkommen charakteristischen pathologisch-anatomischen Veränderungen: namentlich bemerkenswerth ist der hochgradige Faserschwund, wie er sonst erst nach [illegible]n und Jahren zur Entwicklung kommt — bei nur relativ geringfü[illegible]änderungen in den Gefässen und dem interstitiellen Gewebe [illegible] Fällen muss der Faserschwund der primäre Vorga[illegible] sein, während die Veränderungen an den Gefässen und [illegible] Gewebe als erst secundär hinzugekommen angesehen [illegible] Es handelt sich also hier zweifellos nicht um inter[illegible]

parenchymatöse Encephalitis. Ob dies bei allen acut verlaufenden Paralysen der Fall ist, können erst weitere Beobachtungen entscheiden.

Trowbridge **(Danville, Amerika), Neunzig Fälle von Dementia paralytica. — The Alienist and Neurologist. April.**

Dass die Dementia paralytica im Anstaltsbezirke des Verf. vor 40 Jahren noch völlig unbekannt war und heute daselbst sehr verbreitet ist, berechtigt gewiss zu statistischen Mittheilungen über dieselbe. Das rapide, von Jahr zu Jahr zunehmende Anwachsen dieser schweren Erkrankung muss nothwendig die Aufmerksamkeit auf die sie erzeugenden moralischen und physischen Ursachen lenken.

Unter 3518 Aufnahmen befanden sich 90 Paralytiker (und zwar 77 männliche und 13 weibliche) d. i. 2½ pCt.; unter den Männern befanden sich 19, unter den Frauen 2 nicht in Amerika geborene — eine kleine Zahl im Verhältniss zu den vielen fremdländischen Irren; die Eingeborenen sind also mehr prädisponirt.

Der Beschäftigung nach überwogen die Tagelöhner, Farmer und Bergleute, während die verschiedenartigsten anderen Berufsarten nur mit kleinen Zahlen vertreten waren. Es hat also die oft angeschuldigte geistige Ueberanstrengung hier gewiss keine ätiologische Rolle gespielt.

Als Ursachen werden bei den 77 Männern angeschuldigt — 23 mal Trunksucht, 7 mal Syphilis, 2 mal Syphilis und Trunksucht, 6 mal Ueberanstrengung, 6 mal erbliche Anlage, 2 mal erbliche Anlage und Trunksucht, je 1 mal Rheumatismus, Typhus, Armuth und Sonnenstich; in 26 Fällen war keine Ursache bekannt. Hiernach hat also Trunksucht weitaus die erste, Syphilis erst die zweite Rolle gespielt. Gewiss kann die Syphilis Formen der allgemeinen Paralyse erzeugen, welche sich in keiner Weise von den klassischen Fällen unterscheiden.

Gegenüber diesem bedeutenden Ueberwiegen des Alkohols und der Syphilis in der Aetiologie der Paralyse treten die Schädlichkeiten der verschiedenen Berufsarten durchaus in den Hintergrund.

Die allgemeine Paralyse ergreift in der Regel nicht die geistesstarken und charaktervollen Menschen, sondern die Schwächlinge, welche leicht den Verlockungen eines unmoralischen Lebens sich hingeben; die Heredität spielt deshalb auch hier eine gewisse Rolle.

Das mittlere Lebensalter (hier 41½ Jahr im Durchschnitt) wird am häufigsten betroffen.

Die Dauer des Leidens schwankte bei *T.*'s Patienten zwischen ½ und 10 Jahren und betrug im Mittel 2 Jahre 7 Monate, die mittlere Dauer des Anstalts-Aufenthaltes berechnet sich auf 1 Jahr und 7½ Monat, das durchschnittliche Bestehen der Erkrankung vor der Aufnahme auf 1 Jahr und 1 Monat.

Das weitere Fortschreiten dieser verderblichen Erkrankung würde eine entschiedene moralische und physische Verschlechterung der ganzen

Digitized by Google

amerikanischen Rasse im Gefolge haben. Die Prophylaxe sollte aber deshalb alle Hebel in Bewegung setzen, um dem drohenden Unheil entgegenzuarbeiten!

Meilhon **(Aix), Beitrag zum Studium der allgemeinen Paralyse bei den Arabern beobachtet. — Annal. médico-psychologiques. Mai.**

Des Verfassers Arbeit stützt sich auf sämmtliche während 30 Jahre (1860—1890) in das Asyl eingetretene 498 Araber; von diesen waren nur 13, darunter 2 Frauen, paralytisch, somit 2,61 auf 100. Bei näherem Eingehen stellt sich aber der Procentsatz doch wesentlich höher, denn während der ersten 17 Jahre wurde kein einziger Paralytiker aufgenommen, vielmehr vertheilen sich alle 13 auf die während der letzten 13 Jahre aufgenommenen 253 Araber. Dies ergibt 5,13 pCt. Immerhin kann auch heute noch die Paralyse bei den Arabern als eine sehr seltene Affection bezeichnet werden, während früher vollkommene Immunität bestanden zu haben scheint. Bemerkenswerth ist, dass der Alkoholismus in der gleichen Zeitperiode progressiv zugenommen hat (35 Fälle in 13 Jahren).

Die Aetiologie blieb in 5 Fällen ganz unaufgeklärt, 2 mal wurde Heredität, 6 mal Alkoholismus festgestellt. Dem letzteren darf aber wohl kein allzu grosser Werth beigelegt werden, denn er ist bei den in den Städten lebenden Arabern sehr verbreitet. Mehr dürfte der Beruf in Betracht kommen. Unter den 11 männlichen Paralytikern befinden sich 3 Militär, 1 Dolmetsch, 1 Student, 1 Kaffetier, 4 Tagelöhner, 1 Unbekannter. Es hatten also unter 10, deren Lebensstellung bekannt war, in Berufen gewirkt, welche eine gewisse Entwickelung der Intelligenz voraussetzen; es handelte sich um Individuen, welche mit der Lebensweise der Araber gebrochen hatten, um das Gehirnleben der Europäer mit seinen Sitten, Gewohnheiten und Excessen anzunehmen; es war die moderne Civilisation mit ihren Gehirnstrapazen, welche hier den Boden für die Entwickelung der allgemeinen Paralyse vorbereitet hatte. Der Alkoholismus hat hiebei wohl nur eine sekundäre Rolle gespielt.

Die maniakalische Krankheitsform wird am häufigsten beobachtet. Im Gegensatze zu dem meist sanftmüthigen europäischen Paralytiker ist der arabische zu lebhaften Angriffen auf seine Umgebung geneigt.

Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass die allgemeine Paralyse häufig mit der Lungentuberkulose zusammentrifft.

Verf. leitet aus seiner Arbeit folgende Schlussfolgerungen ab:

1. Die allgemeine Paralyse tritt selten bei den Arabern auf und nimmt zunächst die maniakalische Form an.

2. Sie ist erst seit 1877 beobachtet worden.

3. Die Qualität der Befallenen beweist von Neuem, dass dieses Leiden im Gefolge der Civilisation auftritt.

Im Anhang werden die Krankenskizzen der 13 beobachteten Paralytiker mitgetheilt.

Digitized by Google

Rottenbiller **(Budapest), Ein Fall von circulärer Paralyse. — Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Januar.**

Verf. theilt einen Fall mit, den er als „folie paralytique circulaire ou alternante" oder als „paralysie à double forme" auffasst.

Es handelt sich um einen erblich belasteten, 35 Jahre alten Mann, welcher einen excentrischen Charakter hatte. Er zeigte bei der Aufnahme in die Anstalt die expansive Form der Paralyse mit grosser Aufregung und ausgebildetem Grössenwahn in Verbindung mit charakteristischen motorischen Störungen. Nach 9 monatlicher Dauer trat eine so wesentliche Besserung ein, dass Patient wieder berufsfähig wurde. Die Remission dauerte 1 Jahr lang, dann folgte ein tiefer Depressionszustand mit lebhafter Angst, welcher 3 Monate bestand.

Alsdann folgte eine abermalige Remission, diesmal von 5 Monaten Dauer — dann kam von Neuem Depression, während dieser ein Trauma mit folgender tödtlicher Pyämie.

Verf. betont epikritisch die vorhandene erbliche Anlage und den grossen Gegensatz der einzelnen Verlaufsphasen, welche Charaktere sein Fall mit der einfachen circulären Psychose gemein habe.

Gilles, Charles-Amable, **Ueber die Folie à double forme in ihrer Beziehung zur allgemeinen Paralyse. Thèse de Paris. — Gazette médical de Paris, No. 9.**

Die These führt zu folgenden Schlüssen:

1. Die „Folie paralytique à double forme" ist eine durch die Beobachtung sicher festgestellte Varietät der allgemeinen Paralyse.

2. Sie tritt besonders bei Individuen auf, welche einer progressiven erblichen Anlage unterworfen sind.

3. Die Remissionen sind hier häufiger als bei den anderen Formen der Paralyse; sie stellen sich dar als lichte Intervalle zwischen 2 Phasen von entgegengesetztem Charakter.

4. Der Verlauf der Krankheit ist sehr unregelmässig progressiv. Oft stellt sich in der melancholischen Phase eine hochgradige geistige und körperliche Abschwächung ein, während in der expansiven Phase die somatischem und psychischen Functionen sich auffällig heben, förmlich erneuen.

5. Gewisse Umstände (wie Schorfbildungen, paralytische Anfälle, der Eintritt der Menses, acute Krankheiten) scheinen den Uebergang der einen Periode in die andere zu begünstigen.

6. Die Folie paralytique à double forme kann unvermittelt eintreten, oder im Gefolge von Anfällen einfacher Seelenstörung oder endlich im Verlaufe einer gewöhnlichen Folie à double forme.

7. Sie endigt in der Regel mit dem Tode.

Digitized by Google

8. Man beobachtet bei ihr die verschiedenen Typen der circulären Psychose; unter diesen überwiegt an Häufigkeit *Falret*'s „Forme alterne".

9. Die Folge der entgegengesetzten Phasen wird zuweilen durch den Fortschritt des paralytischen Blödsinns aufgehalten; dann können sich die verschiedenartigen psychischen Symptome bunt mit einander mischen.

10. Die Dauer dieser Krankheitsform ist zumeist eine viel längere, als die der anderen paralytischen Formen.

11. Die genannte Form bietet diagnostische Erscheinungen, welche eine Differentialdiagnose ebensowohl von den anderen Formen der allgemeinen Paralyse als von der Folie circulaire gestatten.

***Bielaloff*, Pachycephalie und vorzeitige Dementia paralytica. — Viestnik. i Nevropatol. Psychatrij. Bd. VII H. 2. Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie. 1890, Oct.**

Verf. theilt einen Fall paralytischer Geistesstörung bei einem erst 22jährigen Manne mit, welcher an vererbter Luës litt.

Die Section ergab Deformation des Schädels und Bildung von Osteophyten.

Die Rolle der Syphilis bei der Entstehung der Paralyse wird einer Erörterung unterzogen, welche bekanntlich sehr verschieden aufgefasst wird. Während eine Reihe von Autoren eine vorausgegangene Luës für die Conditio sine qua non der Dementia paralytica hält, wird derselben von anderer Seite jede ätiologische Bedeutung abgesprochen. Nach des Verf.'s Ansicht sind Syphilis und allgemeine Paralyse oft gleichzeitig vorhanden, ohne dass letztere ein specifisches Gepräge aufweist. Ererbte Luës kann schon im jugendlichen, ja sogar im kindlichen Alter die Erscheinungen der paralytischen Geistesstörung und zwar auf Grundlage einer angeborenen Dementia hervorrufen, wie dies von mehreren Seiten durch Fälle bewiesen worden sei.

***Bouchaud*, Ueber die relative Häufigkeit der allgemeinen Paralyse bei Laien und Geistlichen. — Annal. médico-psycholog. Mai.**

Angesichts der Thatsache, dass gegenüber der wohlbekannten Symptomatologie der allgemeinen Paralyse deren Aetiologie immer noch in Dunkel gehüllt ist, hat sich der Verf. der dankenswerthen Arbeit unterzogen, von einem neuen Gesichtspunkte aus zur Aufhellung dieses Dunkels beizutragen. Er hat sich die Aufgabe gestellt, die Fragen zu beantworten, „ob und warum die allgemeine Paralyse bei den Geistlichen seltener als bei den Laien beobachtet werde". Das für seine Untersuchungen sehr günstige Beobachtungsfeld bildete das Asyl von Lommelet, in welchem viele Geistliche Aufnahme finden. Verf. kommt auf Grund seiner statistischen Erhebungen zu dem bemerkenswerthen Resultate, dass sich in dem

genannten Asyle (unter Ausschluss der Epileptiker und Idioten) während eines Zeitraumes von 20 Jahren unter den Aufnahmen von 1528 Laien 391, von 143 Geistlichen dagegen nur 3 Paralytiker befanden, also bei Jenen 1 auf 3,9, bei diesen 1 auf 47,7, oder 25,5 pCt. bei den Laien, 2,4 pCt. bei den Geistlichen.

B. wandte sich nun zur Controle dieser auffälligen Thatsache an 2 andere Anstalten mit ähnlichen Aufnahms-Verhältnissen mit folgendem Resultate: In dem Asyl von Léhon wurden innerhalb 14 Jahre von Laien 102 Paralytiker neben 1329 anderen Irren, von Geistlichen 3 Paralytiker neben 69 anderen Irren aufgenommen, somit 1 auf 13 bei Jenen, 1 auf 23 bei Diesen. (Die auch bei den Laien relativ kleine Zahl der Paralytiker beruht auf dem vorwiegend ländlichen Rekrutirungsbezirk der Anstalt.)

In dem Asyle zu Lyon waren in 14 Jahren 451 paralytische und 1217 andere psychotische Laien und gleichzeitig 1 paralytischer und 72 anderweitig gestörte Geistliche aufgenommen worden, also — 1 auf 2,7 und 1 auf 72, oder 37,04 pCt. und 1,38 pCt.! (Die Anstalt hat die grossstädtischen Arbeiter von Lyon aufzunehmen.)

Stellen wir die Aufnahme der Geistlichen in den genannten 3 Anstalten zusammen, so kommen auf 284 anders Gestörte 7 Paralytiker d. i. auf 40,5 — 1 oder auf 100 = 2,4. Dagegen ergibt die Statistik aller Irren in Frankreich das Verhältniss — auf 3,6 nicht paralytische — 1 paralytisch Gestörter! Hiermit ist der Beweis geliefert, dass die allgemeine Paralyse sehr häufig bei den Laien, dagegen nur ausnahmsweise bei den Geistlichen auftritt.

Die Seltenheit der Paralyse in gewissen Gesellschaftsklassen muss uns überzeugen, dass die Natur dieser Erkrankung von der der anderen Störungen wesentlich abweicht, welch' letztere vielfach auf Heredität beruhen. Gewiss kommt bei der Entwickelung der Paralyse in erster Linie die Lebensweise in Betracht.

Die Aetiologie der P. ist z. Z. noch dunkel. Sie ist in wilden Ländern sehr selten, in den Centren der Civilisation sehr verbreitet. Sie tritt überwiegend häufig auf in den höheren Ständen, bei Officieren, Gelehrten, Advokaten, Aerzten, Politikern etc., dennoch verschont sie in der Regel die Geistlichen, welche doch auch der höheren Gesellschaftsklasse angehören — hierin allein kann also ihre Ursache nicht liegen. Geistige Ueberanstrengung und ein sorgenvolles Leben kann auch bei den Geistlichen nicht immer ausgeschlossen werden.

Von viel grösserer Bedeutung sind zweifellos die sexuellen Excesse, welche das Nervensystem auf das Tiefste erschöpfen. Die Statistik belehrt uns auch über die Seltenheit der Paralyse bei sexuell enthaltsamen Menschen, sowie über deren sehr grosse Häufigkeit bei den Prostituirten. Das Gleiche gilt von der Syphilis, welche eine anerkannte Rolle in der Aetiologie der Paralyse spielt. Diese ist nun thatsächlich bei den Laien sehr verbreitet, bei den Geistlichen dagegen sehr selten. Die Forschungen der

Digitized by Google

deutschen Autoren haben die hochwichtige Bedeutung der Syphilis für Paralyse und Tabes über allen Zweifel festgestellt.

Endlich kann auch der Alcoholismus die Entstehung der echten oder der Pseudo-Paralyse vermitteln; auch er ist bekanntlich bei den Geistlichen weit seltener als bei den Laien.

Aus obigen Untersuchungen leitet Verf. den Schluss ab, dass sexuelle Excesse, Syphilis und Alcoholismus — welche bei den Geistlichen nur ausnahmsweise beobachtet worden — am meisten für die Entstehung der allgemeinen Paralyse in Betracht gezogen werden müssen.

Zagari **(Neapel), Ueber Veränderungen im Sehhügel bei der progressiven Paralyse. — Neurolog. Centralblatt No. 4.**

Verf. hat *Lissauer*'s Arbeit über obiges Thema (vgl. m. Referat) einer erneuten Untersuchung unterworfen, indem er in *Mendel*'s Laboratorium 5 Paralytiker-Gehirne auf diesen Befund prüfte, d. h. deren Sehhügel und Streifenhügel einer genauen histologischen Untersuchung unterzog und alsdann feststellte, ob intra vitam Heerdsymptome bestanden hatten, welche nach *Lissauer*'s Anschauung auf etwa aufgefundene Sehhügelveränderungen bezogen werden konnten.

Z. fand nun in der That bei der mikroskopischen Untersuchung seiner Schnitte vielfach stärker gefärbte Stellen, welche aus dichterem compactem Gewebe bestanden; an diesen Verdichtungen war hauptsächlich das Grundgewebe betheiligt, während die Zellen an Grösse und Zahl abgenommen haben, oft ganz fehlen; die Nervenfasern sind verdünnt und im Zerfall begriffen. Diese Entartungsstellen sind 2—6 mm im Durchmesser gross, rund oder unregelmässig gestaltet. Die meisten dieser Herde sassen rechtsseitig und hatten überwiegend die vorderen Hälften der Sehhügel ergriffen. Die Streifenhügel waren stets frei von Herden.

1. Fall Mehrfache paralytische Anfälle — Degeneration im ganzen rechten und im vorderen Abschnitt des linken Sehhügels.

2. Fall. Ein Anfall — Degenerationsflecken vorn im linken Thalamus. Nichts im rechten.

3. Fall. Ein Anfall mit folgender 8 tägiger Aphasie — Entartung beider Sehhügel.

4. Fall. Kein Anfall — keine Degeneration.

5. Fall. Kein Anfall — kleine Herde vorn im linken Thalamus.

Aus diesen Beobachtungen folgt, dass unter 5 Fällen bei 3 Herde in den Sehhügeln mit den Anfällen zusammentrafen und dass, wo keine Degeneration sich vorfand, auch kein Anfall beobachtet worden war. Es ist hieraus ersichtlich, dass ein Zusammenhang zwischen den paralytischen Anfällen und der Degeneration gefolgert werden kann, nur der fünfte Fall spricht gegen diese Annahme. Dagegen steht die Ausdehnung der Läsion in keinem Verhältniss zur Zahl und Schwere der Anfälle.

Schlussfolgerung: Die Thalami optici sind bei der pro-

Digitized by Google

gressiven Paralyse oft der Sitz einer eigenthümlichen Veränderung; ein Zusammenhang dieser mit den paralytischen Herdsymptomen kann aber z. Z. noch nicht mit Bestimmtheit behauptet werden.

Meschede **(Königsberg), Ueber die den paralytischen Anfällen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen. — Vortrag. *Virchow*'s Archiv. Bd. CXXIV.**

Vortrag. kommt auf Grund zahlreicher eigener Beobachtungen zu dem Resultat, dass die paralytischen Anfälle keineswegs stets auf die gleiche Ursache zurückzuführen seien. Die weit auseinandergehenden Anschauungen der Autoren seien in erster Linie auf das Verkennen dieser Thatsache zurückzuführen. Selbstverständlich war die Statistik der Einzelbefunde nicht im Stande, Aufklärung zu bringen. So musste z. B. das Fehlen pachymeningitischer Veränderungen in manchen Fällen zu der irrthümlichen Auffassung führen, die Pachymeningitis könne keinerlei Beziehungen zu den paralytischen Anfällen haben.

Vortrag. hält die Cerebralcongestion für das häufigste und bedeutungsvollste Moment für das Zustandekommen der paralytischen Anfälle: sie bildet entschieden den Mittel- und Ausgangspunkt für alle Veränderungen, welche die Autopsie ergibt. Als Beweis hiefür wird eines Falles erwähnt, in welchem sich jeweils zugleich mit dem Eintritt eines paralytisch-apoplektiformen Anfalls capilläre Extravasationen, bezw. Gefässektasie, in der Haut des Gesichtes (zahlreiche rothe punktgrosse Fleckchen) einstellten.

Gerdes **(Jever), Versuche über paralytischen Blödsinn bei Hunden. — Berliner Inaugural-Dissertation. Referat im Neurologischen Centralblatt, No. 13.**

Obige Arbeit, unter *Mendel*'s Leitung entstanden, enthält den eingehenden Bericht über die Versuche, deren Ergebnisse bereits in Kürze auf dem 10. internationalen Congresse Gegenstand der Besprechung waren.

Die Versuche knüpfen an diejenigen von *Mendel* (1884 gemachten) an, bei welchen Hunde auf eine Centrifuge gespannt, den Kopf nach der Peripherie gewandt, gedreht wurden. Die Anordnung der Experimente war im Wesentlichen die gleiche; zur Verwendung kamen Hunde. Es wurden 2 bis 4 Minuten lang Drehungen (100—120 in der Minute) und zwar nach links vorgenommen.

Die Thiere zeigten zuerst Nystagmus und Erbrechen, dann geriethen sie in Taumeln, fielen (zunächst nach links) und standen ungeschickt wieder auf.

Bei den späteren Drehungen (4—8 Minuten, 2—3mal täglich): Injection und Blutungen in der Conjunctiva, klonische Zuckungen an den Kau-

Digitized by Google

und Gesichts-Muskeln, Heraushängen der cyanotischen Zunge, Dyspnoe, Schaum vor dem Munde, Benommenheit, endlich Apathie, Demenz, Störungen im Muskelsinn, allgemeiner Tremor, erhöhte Kniereflexe, geminderte Esslust, Abnahme des Körpergewichts (Dauer der Versuche 7 Tage bei den alten, 20 bei den jungen Thieren).

Die Section eines 11 Tage gedrehten und nach einem weiteren Monat getödteten Hundes ergab Verwachsung der Hirnhäute mit dem Schädel und dem Hirn, Abplattung der Windungen, Erweiterung der Ventrikel. Mikroskopische Untersuchung: Erweiterung der Venen, Verdickung der Intima und Muscularis der Arterien, ausgewanderte Elemente in den Lymphräumen, in der Adventitia und frei im Gehirn; Wucherung der Neuroglia bei unveränderten Ganglienzellen und Nervenfasern.

Da Verfasser am Hundegehirn keinerlei Veränderungen im nervösen Gewebe, dagegen diffuse Läsionen an den Gefässen und im interstitiellen Gewebe (wie bei der Dementia paralytica) gefunden hat, so schliesst er hieraus, dass auch bei der paralytischen Erkrankung die Veränderung der Gefässe sich zuerst einstelle und erst in zweiter Linie sich hierzu solche der Nervenelemente gesellen. Auch die klinischen Erscheinungen beim Versuchsthier sollen Analogien mit den Symptomen des Paralytikers bieten.

***Targowla,* Multiple symmetrische Lipome bei einem Paralytischen. — Annal. médico-psychologiques. März.**

Die symmetrische lipomatöse Affection, bekannt unter dem Namen rheumatisches Oedem oder Pseudolipom wurde bisher bei Ataxien, heftigen Neuralgien, Rheumatismen und vasomotorischen Neurosen beschrieben; Verf. theilt hier einen einschlägigen bei allgemeiner Paralyse beobachteten Fall mit.

Patient zeigte mehr oder minder grosse fettige Tumoren, welche in symmetrischer Weise in den zygomatischen, mastoidischen, Kinn-, clavicularen, deltoidischen und Sacral-Gegenden ihren Sitz hatten, die meisten weich und eindrucksfähig, wenige resistent. Sie sind offenbar angio-neuropathischer Natur. Dies wird durch ihre Verbreitung und ihre symmetrische Anordnung bewiesen.

Was den centralen anatomischen Sitz dieser neuropathischen Veränderungen betrifft, so sucht Verf. denselben in einer Erkrankung des Myelin, da der Schwund der markhaltigen Nervenfasern im Gehirn bei der Paralyse, im Rückenmark bei der Tabes die erste greifbare anatomische Veränderung darstelle. Der an sich gleiche Krankheitsbefund der symmetrischen Lipome variire nur seinem Sitz nach, je nachdem das Myelin im Gehirn, im Rückenmark oder im peripheren Nervensystem und in welchen Theilen desselben verändert sei.

Verf. ist geneigt, die Läsion des Myelin als das anatomische Substrat aller Störungen bei der allgemeinen Paralyse anzunehmen.

Digitized by Google

Voisin **(Paris), Die Beziehungen der Intoxicationen zur allgemeinen Paralyse. — Annales médico-psychologiques. Januar.**

Polemischer, gegen *Charpentier* gerichteter Vortrag, welcher sich die Aufgabe stellt, den Begriff der „allgemeinen Paralyse" möglichst einzuschränken und nur bei typischen Krankheitszuständen anzuwenden. Namentlich sollen die durch Intoxication entstandenen Paralysen von der „allgemeinen Paralyse der Irren" durchaus unterschieden werden. In Betracht kommen hier folgende Zustände:

1. Die Paralyse bei Pellagra ist nur ein Symptom der allgemeinen Cachexie.

2. Die alkoholische Paralyse kann zwar manche analoge Symptome, nicht aber den ganzen charakteristischen Symptomencomplex der allgemeinen Paralyse der Irren zeigen.

3. Das Gehirnleiden bei Bleiintoxication bietet weder klinisch noch anatomisch die Erscheinungen der allgemeinen Paralyse, vielmehr neben Convulsionen und Delirien besonders Paralyse der Extensoren. (Bleisaum im Munde, Darmkoliken).

4. Bei Quecksilbervergiftung beobachtet man psychische Schwäche, aber keine geistige Alienation, Parese der Extensoren, charakteristisches Zittern. (Erkrankung des Zahnfleisches und der Kieferknochen.)

5. Die Gehirnsyphilis darf nicht mit der Paralyse der Irren identificirt werden. Sie unterscheidet sich theils durch die Anamnese und andere syphilitische Befunde, theils durch einen anderen Verlauf, Mangel des charakteristischen Deliriums, durch Herderscheinungen und die Erfolge einer antiluetischen Behandlung.

6. Die cerebrospinalen Erscheinungen bei Diabetes sind leicht von der allgemeinen Paralyse zu unterscheiden.

7. Die Beziehungen zwischen Gicht und allgemeiner Paralyse sind rein hypothetisch.

8. Der Gehirnrheumatismus bietet nur ganz charakteristische entzündliche Erscheinungen.

9. Im Gefolge von Unterleibstyphus pflegt zwar zuweilen Dementia, aber keine allgemeine Paralyse aufzutreten.

Marie **u.** ***Bonnet*****, Statistische Documente zum Studium der Ursachen der allgemeinen Paralyse. — Vortrag beim Congresse der französisch redenden Psychiater in Lyon. Le Progrès médical No. 32.**

Verf. ziehen aus ihren 265 Krankenbeobachtungen den Schluss, dass die meisten Intoxicationen, vor Allem die durch Alkohol, als Symptome und nicht als Ursachen der allgemeinen Paralyse aufzufassen sind. Die ersten klinischen Erscheinungen dieser Erkrankung fallen in eine Zeit, in welcher bereits anatomische Veränderungen entwickelt sind, deshalb

Digitized by Google

erscheint die ätiologische Bedeutung der angenommenen persönlichen Factoren entschieden fragwürdig — mit Ausnahme der Heredität, auf welche die Autoren das Hauptgewicht legen. Alkoholismus und Syphilis können nur eine secundäre Bedeutung beanspruchen gegenüber der erblichen Belastung, deren Nachweis zumeist gelinge. Die allgemeine Paralyse sei eine degenerative Affection und zwar nicht des Individuums sondern der Species.

***Camuset,* Klinische und statistische Documente bezüglich der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. — Eodem loco.**

Vortrag. schliesst aus seinen Beobachtungen auf den innigen Zusammenhang zwischen dem chronischen Alcoholismus einerseits und der allgemeinen Paralyse andererseits, ohne die Frage der besonderen Prädisposition, welche von anderen Seiten als nothwendig betont wurde, zu entscheiden.

***Rousset* (Bron), Ueber die Rolle des Alcoholismus in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. — Vortrag beim Congresse der französisch redenden Psychiater. Le Progrès médical No. 32.**

Vortrag. entwickelt einleitend die verschiedenen heute herrschenden Anschauungen über obige Frage: 1. Excesse in Alkohol bilden die häufigste Ursache der allgemeinen Paralyse. 2. Der Alkoholismus erzeugt keine echte Paralyse, sondern die alkoholische Pseudo-Paralyse, welche sich durch ihren Gang, ihre Schwere und die anatomischen Veränderungen von jener durchaus unterscheidet. 3. Die allgemeine Paralyse kann, aber nur unter bestimmten Umständen, durch chronischen Alcoholismus erzeugt werden. 4. Der Alcoholismus wirkt nur als Gelegenheitsursache bei vorhandener Prädisposition.

Bei Beurtheilung dieser Frage darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass alkoholische Excesse nicht gerade selten erst in Folge der paralytischen Störung ausgeführt werden, bei ihrer Aetiologie also garnicht in Betracht kommen können.

Vortrag. kommt auf Grund von 22 Krankenbeobachtungen zu den Schlüssen, dass der Alcoholismus an sich allein nicht im Stande sei, die allgemeine Paralyse zu erzeugen, dass er dies nur auf einem psychopathischen, krankhaft cerebralen oder arthritischen Boden thun könne.

Discussion.

Magnan: Der chronische Alcoholismus kann ebensowohl zur Demenz als zur allgemeinen Paralyse führen, dies beweist die experimentelle Physiologie, die Klinik und die pathologische Anatomie. Die chronische Alkohol-Intoxication erzeugt bei Thieren fettige Degeneration und chronische Entzündungen, unter Anderen auch im Rückenmark und in den Hirnhäuten. Beim Menschen entsteht Arterio-Sklerose, Fettherz, Degeneration und

Digitized by Google

Erweichung des Gehirns oder Myelitis und Encephalitis diffusa — bei den einzelnen Individuen verschieden, je nach ihrer individuellen Prädisposition.

Klinisch beobachten wir bei einer grösseren Zahl von Alkoholikern einen fortschreitenden geistigen Verfall mit Gedächtnissschwäche und Willenlosigkeit; dann kommt Schwindel, Ameisenlaufen in den Gliedern, apoplectiforme und epileptiforme Anfälle mit vorübergehenden Paresen und Sprachstörungen, es kann sich auch ein gewisser Grössen- oder hypochondrischer Wahn einstellen. So hat der chronische Alcoholismus die Maske der allgemeinen Paralyse angenommen. Allein die letzt erwähnten Erscheinungen schwinden bald wieder und der gewöhnliche chronische Alcoholismus tritt zutage. In anderen aber selteneren Fällen entwickelt sich Schritt für Schritt eine echte Paralyse mit progressivem Verlaufe. Endlich gibt es noch Alkoholiker, welche zahlreiche Rückfälle von Störung erleiden, ohne je weder dement noch paralytisch zu werden — es sind dies die „hereditär Degenerirten", in deren Anfälle die psychischen bedeutend über die motorischen Symptome überwiegen. Diese Zustände haben mit der allgemeinen Paralyse absolut Nichts gemein, obwohl sie vorübergehende Aehnlichkeit bieten und dann leicht falsch gedeutet werden können.

Wir haben also 3 total verschiedene Gruppen alkoholischer Geistesstörung, die sich äusserlich zeitweise ähneln können: sie müssen scharf unterschieden und dürfen nicht mit dem Terminus „alkoholische Pseudo-Paralysen" verschleiert werden.

Combemale, **Experimentelle Untersuchungen über den Alcoholismus chronicus als Ursache der allgemeinen Paralyse. — Eodem loco.**

Nach einer ersten Periode der Aufregung von 5—6 Monaten stellen sich Erscheinungen der Gehirn- und Muskelschwäche ein: das Thier hat häufig Schrecken und disseminirte Paralysen: vom 7.—9. Monat nehmen Demenz und Lähmungen zu; es kommen epileptiforme Anfälle. Bei der Ende des 7. Monats gemachten Autopsie findet man eine active Congestion der Membranen und stellenweise kleine Erweichungsherde; im 9.—11. Monat sind die Veränderungen mehr diffus. Das Experiment am Thiere gibt also ein analoges Bild, wie die paralytische Erkrankung bei Menschen.

Discussion.

Magnan beglückwünscht den Vortragenden über seine wohlgelungenen Experimente.

Christian meint, die Bedingungen der Versuche am Thiere seien von denen des erkrankten Menschen ganz verschieden. Eine Identificirung sei nicht statthaft.

Mairet bringt die klinischen Charaktere in Erinnerung, welche bei dem die allgemeine Paralyse begleitenden Alcoholismus zur Beobachtung kommen und betont namentlich folgende Punkte: Hallucinationen, Sensibilitäts-

Digitized by Google

störungen, namentlich Formicationen und Anästhesien, Muskel-Spasmen wie bei der Ataxie, hochgradige Reizbarkeit mit Neigung zu Gewaltthaten, bald Grössen- bald Verfolgungswahn, hochgradigste Muskelerregung, im Ganzen langsamerer Verlauf mit häufigen Remissionen.

Charpentier, **Studien über die makroskopischen Läsionen durch alkoholische Intoxication bei 43 secirten Paralytikern. — Eodem loco.**

Ch. constatirte bei 14 unter seinen 43 Fällen die klassischen Adhärenzen der Pia mater neben den charakteristischen Läsionen der visceralen Organe (namentlich Leber-Cirrhosen); 21 boten ausschliesslich Verwachsungen der Meningen. Die Anderen zeigten weder Adhäsionen noch alkoholische Läsionen trotz ihrer alkoholischen Vergangenheit und der charakteristischen Symptome.

Der Vortrag. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1. Die alkoholische allgemeine Paralyse kann nicht in Abrede gestellt werden.

2. Die allgemeine Paralyse erreicht sogar bei den Alkoholikern ihre grösste Frequenz.

3. Die specielle Form derselben hängt von den Symptomen der alkoholischen Intoxication ab.

4. Sie ist ernster bei den starken Trinkern, welche vor dem Eintritt der paralytischen Symptome niemals Gehirnstörungen gezeigt haben.

5. Die alkoholische Intoxication kann alle Symptome der allgemeinen Paralyse im Gefolge haben, ohne dass man bei der Autopsie die charakteristischen anatomischen Veränderungen, wie Sklerose etc. auffindet.

6. Es gibt keine interstitielle diffuse Sklerose ohne allgemeine Paralyse, wohl aber eine allgemeine Paralyse ohne diese Veränderung.

7. Die Theorie der Intoxication gibt ein volles Verständniss für die Erscheinungen, den Verlauf und die Ansgänge der alkoholischen allgemeinen Paralyse.

Discussion.

Cadéac berichtet über Thier-Experimente, welche zu Gunsten der alkoholischen Paralyse sprechen.

Ladame bespricht den Einfluss des schweizer. Gesetzes über die Monopolisation des Alkohols und seinen Einfluss auf den Consum und die Entstehung der allgemeinen Paralyse.

Camuset folgert aus seinen Beobachtungen, dass der Alkohol mächtig die Entwicklung der diffusen Meningo-Encephalitis fördern.

Joffroy, **Ueber die pathologische Histologie der allgemeinen Paralyse. — Eodem loco.**

Joffroy entwickelt aus der pathologischen Histologie entnommene Argumente, welche die Theorie der anfänglichen Encephalitis interstitialis

Digitized by Google

bei der allgemeinen Paralyse der Irren zu entkräften scheinen. Er glaubt im Gegentheil, dass die primordiale Läsion in der Zelle ihren Sitz habe, dass es sich also im Anfang um eine parenchymatöse Encephalitis handle. Offenbar müsse die Zelle einen Locus minoris resistentiae bilden — wohl in Folge hereditärer Prädisposition.

Discussion.

Magnan erklärt dies für eine unbegründete Hypothese und verlangt beweisende anatomische Präparate.

Joffroy will in Theilen von Windungen, deren Degenerationen noch wenig fortgeschritten waren, nur geringe interstitielle, dagegen constant parenchymatöse Veränderungen beobachtet haben, namentlich granulopigmentäre Degeneration des Protoplasma der Zellen und ihrer Kerne.

Pierret stimmt dem Vorredner bei. Die Erkrankung der Zelle sei die Hauptsache, die interstitielle Encephalitis nicht nothwendig. Er habe in diesem Sinne beweisende autoptische Befunde veröffentlicht; auch sprächen die frühzeitigen Intelligenz-Störungen für Läsion der Zellen. Anders sei das Verhältniss beim Alcoholismus.

Magnan erstaunt sich über die Mittheilung von Fällen allgemeiner Paralyse ohne interstitielle Encephalitis; von keiner andern Seite seien entsprechende Beobachtungen gemacht worden. *M.* hat dagegen gleichzeitig in den vorderen Frontalwindungen interstitielle und parenchymatöse Entzündung beobachtet, während nur interstitielle Encephalitis sich in der mittleren und hinteren Zone vorfand.

Ballet pflichtet der Anschauung *Magnan*'s bei.

Pierret hielt seinen oben erörterten Standpunkt fest.

Camuset **(Bonneval), Mittheilung über die allgemeine Paralyse syphilitischen Ursprungs. — Annales médico-psychologiques. Januar.**

Verf. sucht in seiner Arbeit die Fragen zu beantworten, ob die Syphilis einen ätiologischen Factor der allgemeinen Paralyse und zwar bejahenden Falls einen mächtigen bildet und auf welche Weise sie die Entstehung derselben vermittelt resp. erzeugt.

Die Statistik wird allmälig die Frage entscheiden können, in wieviel Procenten der Fälle die Syphilis der Paralyse vorausgegangen sei, obwohl derartige Erhebungen nicht leicht fehlerfrei zu machen sind.

Bei diesen Aufstellungen muss man sich vor Allem hüten, die allgemeine Paralyse syphilitischen Ursprungs mit der Gehirn-Syphilis (Sklerose, Gummata, Meningitis, Arteriitis) zusammenzuwerfen, die mitunter ein ähnliches Krankheitsbild aufweist.

Es besteht hier das gleiche Verhältniss wie bei der Tabes dorsalis. Diese beruht, nach der von der Majorität der Autoren angenommenen Ansicht, auf der Syphilis, nicht aber im Sinne eines syphilitischen Symptoms.

Digitized by Google

sondern auf einer durch sie erworbenen Diathese, welche speciell zur Sklerose der Hinterstränge disponirt; in anderen Fällen kann die Syphilis direct anderweitige Erkrankungen des Rückenmarkes hervorrufen, die mit der Tabes nicht verwechselt werden dürfen, obwohl sie ein analoges Symptomenbild bieten können. Die Pseudo-Tabes wird ebenso wie die Pseudo-Paralyse direct syphilitischen Ursprungs durch Hg. günstig beeinflusst, die echte Tabes ebensowenig als die echte Paralyse.

Die Frage nach dem syphilitischen Ursprung der echten Paralyse kann heute noch nicht als entschieden betrachtet werden. Es ist sicher, dass eine Anzahl Paralytischer nie syphilitisch war, aber die Proportion der einmal syphilitisch gewesenen Paralytiker ist grösser, als die der anderen Geisteskranken. Dabei ist aber wohl zu beachten, dass das Medium, aus welchem die Mehrzahl der Paralysen hervorgeht, das gleiche ist, in welchem die Syphilis die meisten Opfer fordert, so dass also einfach eine Coincidenz beider Krankheits-Zustände vorliegen könnte. Dagegen scheint es, dass das Krankheitsbild der auf Syphilis beruhenden Paralyse gewisse Besonderheiten aufweist. Zur Stütze dieser Ansicht theilt Verf. eine Anzahl selbst beobachteter Krankheitsgeschichten mit:

Der eine Fall betrifft eine nachweisbar syphilitische Frau, frei von erblicher Belastung und jeder Ueberanstrengung, bei welcher die zweifellos festgestellte allgemeine Paralyse volle 12 Jahre bis zum Tode gedauert hatte. Im zweiten Falle handelt es sich um einen Krämer, bei welchem manifeste Syphilis und keinerlei andere Ursache nachgewiesen war, der seit 13 Jahren an einer mit vielen erheblichen Remissionen verlaufenden allgemeinen Paralyse leidet. 8 weitere kurz mitgetheilte Beobachtungen sind angeschlossen.

Auf Grund seiner Beobachtungen nimmt Verf. an, „dass eine langsame Entwicklung besonders bei solchen Fällen allgemeiner Paralyse beobachet werde, welche ihre Entstehung der Syphilis verdanken".

Einige weitere aber nicht constanten Besonderheiten bilden: „die Häufigkeit und lange Dauer der Remissionen, sowie das bedeutende Ueberwiegen der dementiellen und der melancholischen Form über die expansive."

Tarnowsky (St. Petersburg), **Die Syphilis des Gehirns und ihre Beziehungen zu anderen Erkrankungen des Nervensystems. — Archiv für Dermatologie und Syphilis. Jahrg. XXIII, Heft 3.**

T. wendet sich in einem durchaus sachlich gehaltenen Vortrage gegen die seiner Ansicht nach heut zu Tage all' zu freigebige Annahme der Syphilis als Ursache von Erkrankungen des Gehirns und Nervensystems. Sein Gedankengang ist folgender:

Die wissenschaftliche Behandlung der Frage der Gehirn-Syphilis gehört ganz und gar unserem Jahrhundert an; sogar erst in den sechziger Jahren hat *Virchow* eine solide pathologisch-anatomische Grundlage für dieselbe

Digitized by Google

geschaffen. Dann hat *Heubner* durch seine 1874 veröffentlichten Untersuchungen über syphilitische Erkrankungen der Hirngefässe das Studium der Hirnsyphilis wesentlich gefördert. Weiter hat sich *Fournier* das grosse Verdienst erworben, alle die mannichfaltigen Erscheinungen der Hirnsyphilis in ein geordnetes Ganze zu gruppiren; aber seine epochemachenden Arbeiten auf diesem Gebiete haben auch am meisten der allzu grossen Uebertreibung der Rolle der Syphilis und der Aetiologie der Nervenkrankheiten Vorschub geleistet. Viele und namhafte Autoren der Jetztzeit kamen allmälig auf den Standpunkt: „Finden wir bei einem Kranken mit Affection des centralen Nervensystems Syphilis in der Anamnese oder sind gar gleichzeitig luëtische Erscheinungen vorhanden, so muss auch die Nerven-Affection syphilitischer Natur sein.“ Man hielt die anamnestische Erhebung der früher einmal in irgend einer Lebensepoche überstandenen Syphilis, die mitunter wohl auch erst hineinexaminirt wurde, für die Stellung der Diagnose auf ein syphilitisches nervöses Centralleiden für vollkommen genügend. Auf diesem Wege entstand die syphilitische Epilepsie, die syphilitische Verrücktheit, die syphilitische Tabes und selbst die syphilitische Hysterie. Die Diagnose wurde so ungemein erleichtert. Die Indication für die specifische Behandlung ergab sich selbstverständlich; folgte auf dieselbe Besserung, so sah man darin eine Bestätigung der Diagnose, wenn nicht — nun so waren eben die centralen anatomischen Veränderungen schon zu weit gediehen!

Bei dieser Diagnose „post hoc ergo propter hoc“ vergisst man völlig, dass die Syphilis keinen einzigen anderen pathologischen Process ausschliesst. Die Diagnose soll sich aber nicht vorwiegend auf die Anamnese, vielmehr auf Symptome und Verlauf stützen; das genaue Studium des ganzen Krankheitsbildes und seiner Entwicklung vermag auch den schwierigsten Fall in der Regel aufzuklären. So unterscheiden sich z. B. die Convulsionen bei Hysterie, Paralyse, Epilepsie ganz wesentlich von denen, welche bei Gehirn-Syphilis aufzutreten pflegen, das Gleiche gilt von den Lähmungen bei Tabes und Syphilis.

Tabes und progressive Paralyse kommen zwar häufiger bei früher Syphilitischen vor, aber zweifellos auch bei Individuen, die niemals luëtisch waren — und zwar unter dem vollkommen gleichen klinischen und anatomischen Bilde. Bei tabischen Frauen ist frühere Syphilis nur selten nachzuweisen. Offenbar gibt es also ausser der Syphilis noch viele, uns bisher unbekannte Ursachen, welche die Entwicklung der Tabes und progressiven Paralyse bedingen können.

Wir wissen heute, dass Remissionen, welche sogar Genesungen vortäuschen können, nicht gerade selten bei der allgemeinen Paralyse spontan eintreten, es ist deshalb unkritisch, solche ohne Weiteres auf eine Merkur-Behandlung zu beziehen und daraus wieder deren syphilitische Natur abzuleiten. Schliesslich nehmen auch alle diese Fälle später doch noch einen fatalen Verlauf.

Digitized by Google

Verf. betont ausdrücklich, dass es ihm bei einem sehr grossen Krankenmaterial in keinem einzigen Fall echter progressiver Paralyse, mit Ausschluss der sogenannten Pseudo-Paralyse, die sich bei einem evident Syphilitischen entwickelt hatte, gelungen sei, durch Quecksilber Heilung zu erzielen. Hg. schade in solchen Fällen oft mehr, als es nütze; während Jod gute Dienste leisten könne. Das Gleiche gilt, vielleicht in noch höherem Grade, von der Hg.-Behandlung der Tabes.

Progressive Paralyse und Tabes sind aus der Zahl der Manifestationen der Syphilis des Nervensystems gänzlich auszuscheiden. Können aber bei einem Syphilitiker mit nervösen Erscheinungen diese beiden Krankheitszustände ausgeschlossen werden, dann handelt es sich unter 100 Fällen bei 90 am wahrscheinlichsten um Hirnsyphilis, d. h. um eine in der Regel heilbare Erkrankung.

Die häufige Entwicklung der Paralyse und Tabes bei Syphilitischen beruht auf dem schwächenden Einfluss, welchen die Luës auf ein schon vordem zu pathologischen Processen prädisponirtes Nervensystem ausübte. Diese Prädisposition besteht in der Regel von Geburt an und wird durch die Syphilis blos ans Tageslicht gebracht.

Die Prognose der zweifellosen Hirnsyphilis ist durchaus nicht absolut schlimm; es kann auch bei sehr schweren Erscheinungen noch Genesung erzielt werden, wie schlagende Beispiele des Vortrag. beweisen. Reine, d. h. uncomplicirte Fälle von Hirnsyphilis sind aber keineswegs häufig, oft bestehen vielmehr gleichzeitig Erscheinungen ganz anderer Natur, wo namentlich Folgen von hereditärer Belastung, von Alcoholismus, Traumen etc. Auch kann ein Kranker, der zweifellos Hirnsyphilis gehabt hat, ganz unabhängig von ihr, an primärer Verrücktheit, essentieller Epilepsie, Neurasthenie oder Hysterie leiden. In solchen Fällen kann die vollkommene Klarstellung grosse Schwierigkeiten bereiten — sie ist nur bei gründlicher Kenntniss aller Krankheitszustände des Gehirns und Nervensystems möglich!

Standthartner (Wien), Luës cerebri. — Internationale klinische Rundschau. No. 22.

Die den 8. December 1888 aufgenommene, 60jährige Patientin hatte in der Kindheit an einem Hautausschlag, 18 Jahre alt an Typhus gelitten, vor 30 Jahren abortirt.

Sie litt seit 1886 an Herzklopfen, Athembeschwerden und häufigem Seitenstechen, sowie an Auftreibungen auf der Stirne, welche später aufbrachen und erst nach 1 Jahr vernarbten, seit October 1888 an Anfällen intensiver Kopfschmerzen. Bald darauf kamen Paresen beider linken Extremitäten, welche bis zu vollständigen Lähmungen fortschritten, doch kehrt die motorische Kraft der linken unteren Extremität bald wieder. Damaliger Status: Körperentwicklung schwach, Ernährung schlecht, Arterien rigide; auf der Stirne eine handtellergrosse röthlich von weissen Strängen und

Digitized by Google

Inseln durchsetzte Narbe; Druckschmerzhaftigkeit des linken For. supra- und infraorbitale und Hyperästhesie im Gebiete des 1. und 2. Astes des linken Trigeminus. Beide Faciales normal. Musculatur und motorische Kraft der linken oberen Extremität abgeschwächt, Sensibilität etwas vermindert. Am Rumpfe weder motorische noch sensible Störungen. Motorische Kraft beider unteren Extremitäten erhalten, Sensibilität und Reflexerregbarkeit links gesteigert. Herzhypertrophie, diastolisches Aorta-Geräusch. Myopie, Staphyloma posticum, Chorioiditis, Glaskörpertrübungen.

Status am 21. September 1889: 3 haselnussgrosse Tumoren am Scheitel, eine guldengrosse, exulcerirte Narbe über dem linken Schlüsselbein: Atrophie der linken oberen Extremität mit Beugecontracturen und geschwächter motorischer Kraft bei nicht herabgesetzter Sensibilität.

Am 11. November: Leichte Benommenheit, hochgradige Abmagerung. Puls 129, Respiration 28, rechtsseitige Facial-Parese, spontaner Abgang von Harn und Stuhl. L. h. o. — bronchiales Athmen, überall Rasselgeräusche. Exitus — am 22. November.

Sections-Befund: Schädel an der Stirne etwas hyperostotisch; aussen am Stirnbein — seichte Depressionen. Rechte Hemisphäre in Stirn und Scheitellappen — bedeutend geschwellt, weich und feucht. Die Hirn-Kammern etwas erweitert und leicht granulirt. Rinde blassgrau, in der Marksubstanz — reichliche Blutpunkte, Erweichung und gelblich. Verfärbung des äusseren Gliedes des Linsenkerns, des vorderen Schenkels der inneren Kapsel und der tieferen Partien des Streifenhügels rechterseits. Im linken Thalam. optic. — ein stark einsinkender grauröthlicher Erweichungsheerd, keilförmig in die Tiefe gehend. Rechter Stirnlappen stark angewachsen an den mit einem grauröthlichen Exsudat infiltrirten Hirnhäuten; 3. Stirnwindung daselbst in eine trockene käsige Masse umgewandelt. Beide Carotiden und Theile der basalen Gehirngefässe verkalkt.

Anatom. Diagnose: Luës vetus cum entaritide syphilit. arter. baseos cerebri, gummata lobi frontalis dextri. Endarteritis chronica deformans aortae.

Lancereaux, Die Encephalitis syphilitica. — Archives générales de médecine. April.

Die syphilitische Encephalitis, welche das ganze Gehirn, mit Bevorzugung des Isthmus und der grossen Hemisphären, befällt, ist eine tertiäre Läsion, welche ihren Ausgang von den Gefässen und der Neuroglia nimmt, während die nervösen Elemente erst secundär ergriffen werden. Die Veränderungen sind entweder diffus — sklerotisch oder umschrieben — gummös.

Pathologische Anatomie.

Die diffuse sklerotische Encephalitis, sich in einem oder mehreren Indurations-Herden darstellend, tritt entweder selbständig auf oder in secundärer Folge einer Knochen-Läsion der Nachbarschaft.

Digitized by Google

In den Indurations-Herden finden sich Neubildungen von Kernen und Zellen, sowie reichliche fettige Granulationen. In ihrer Umgebung sitzen öfter kleine Erweichungsherde in Folge der Compression oder der Obliteration einer Arteriola.

Die umschriebene oder gummöse Encephalitis ist häufiger und leichter zu erkennen; sie ist deshalb auch schon seit langer Zeit bekannt und in einer umfassenden Literatur dargestellt worden.

Diese Encephalitis charakterisirt sich durch die Anwesenheit rundlicher trockener Knoten in der Hirnsubstanz, häufiger peripher als central gelegen, Hanfkorn bis Apfel gross. Die Knoten sitzen gewöhnlich in den Vorderlappen, den Sehhügeln, der Varolsbrücke, den Pedunculi cerebri und cerebelli und zwar bald isolirt, bald in Gruppen; sie sind gelblich oder weisslich, von fester Consistenz und unebner Oberfläche, zuweilen im Innern erweicht. Sie sind nicht unmittelbar in die gesunde Gehirn-Substanz eingelagert, sondern vermittelst eines graulichen, festen, vascularisirten Gewebes, welches sie umgibt. Wenn in der Folge die gummösen Knoten der fettigen Umwandlung verfallen und resorbirt werden, zieht sich diese Hülle zu einer kleinen sklerösen Narbe zusammen oder sie bleibt ausgedehnt, dann kommt es zur Bildung von mehr oder weniger grossen Cysten in der Gehirn-Substanz.

Die anatomische Unterscheidung der Gummata von tuberculösen, carcinomatösen, apoplectischen etc. Herden ist in der Regel nicht schwierig.

Die diffuse chronische Periencephalitis, anatomisch total verschieden, steht in keinerlei Abhängigkeit von der Syphilis.

Symptomatologie.

Die Symptomatologie stützt sich selbstverständlich auf die specifischen anatomischen Veränderungen des Gehirns, besonders auch auf die Thatsache, dass diese Veränderungen zuerst nur im Stroma localisirt, erst secundär die nervösen Elemente in Mitleidenschaft ziehen — durch Compression. Die Erscheinungen unterscheiden sich deshalb wesentlich von den durch Erkrankung der Meningen oder der Gefässe bedingten.

In erster Linie beobachten wir hier Contracturen, verschieden localisirt, je nach dem Sitze der Veränderungen; sie sind hemiplegisch, wenn die Centralganglien ergriffen sind, auf die oberen, häufiger auf die unteren Extremitäten, zuweilen auf alle 4 Gliedmaassen ausgedehnt. Gleichzeitig können Paralysen der Hirnnerven bestehen, namentlich der Augennerven, intensiver Kopfschmerz, Sprachstörungen, endlich zuweilen Störungen der Intelligenz bis zur Demenz: später beobachtet man Incontinenz, Paralyse des Pharynx u. A. m. mit progressivem Charakter. Mitunter stellt sich allgemeiner Tremor oder Hemichorea ein. Klonische Convulsionen können beim Sitze der Gummata in der Gehirn-Peripherie sich einstellen.

Störungen der Sensibilität sind viel seltener, als solche der Motilität, wobei die localisirten Anästhesien über die umschriebenen Hyperästhesien überwiegen.

Digitized by Google

Störungen der Intelligenz stehen bezüglich ihrer Häufigkeit in der Mitte zwischen beiden genannten Gruppen: Abnahme des Gedächtnisses, sensorische Aphasie, Delirium, Demenz, Coma. Diese Erscheinungen können, namentlich bei multiplen Herden in den Meningen und der Corticalis, denen der allgemeinen Paralyse ähneln, sie unterscheiden sich aber durch Entwicklung und Verlauf. Das Gleiche gilt von der sogen. „Folie syphilitique", welche keineswegs einen einheitlichen Krankheitszustand darstellt.

Die Syphilome am Isthmus des Gehirns erzeugen Somnolenz und Coma, diejenigen des Kleinhirns Erbrechen, Zwangsbewegungen, Taumeln, Gesichtskrämpfe, Sehstörungen, solche des verlängerten Markes Polyurie.

Die syphilitische Encephalitis entwickelt sich langsam und progressiv. Sie beginnt im Allgemeinen mit Schwindel, Betäubung und Schlaflosigkeit, erzeugt selten Convulsionen oder Sensibilitätstörungen, endigt ziemlich häufig mit paralytischen Contracturen und ist von psychischen Störungen bis zur Demenz begleitet. Zuweilen wird sie stationär oder bessert sich spontan; während eine antiluëtische Behandlung eine rasche Heilung herbeiführen kann, so lange die nervösen Elemente unversehrt sind — andern Falls müssen nothwendig Defecte zurückbleiben. Sie kann auch den Tod herbeiführen, wenn sie ausgedehnt ist oder das verlängerte Mark betroffen hat.

Diagnose.

Die Diagnose hat sich auf die Anwesenheit von Herderkrankungen zu stützen, welche sich allmälig entwickeln und vergrössern, dann einen Rückgang erleiden und resorbirt werden. Funktionelle Störungen, welche auf einer allgemeinen Läsion beruhen — wie die corticale Encephalitis und die tabische Myelitis — können nicht auf Syphilis zurückgeführt werden.

Die Schwierigkeit der Diagnose beruht theils auf den zahlreichen symptomatischen Formen, theils darauf, dass das Charakteristische nicht im Symptom, sondern in der Läsion liegt. Diagnostisch beachtenswerth sind Paresen mit Contractur, welche sich allmälig und progressiv entwickeln und von beschränkter Dauer sind, ferner vorausgegangene Luës und syphilitische Erkrankungen in anderen Organen.

Die Gehirnstörungen durch Alcoholismus sind leicht von den syphilitischen zu unterscheiden, ebenso die durch Bleivergiftung. Die allgemein progressive Paralyse ist niemals eine Folge der Syphilis — trotz der zeitweiligen Aehnlichkeit beider Krankheitsbilder; die syphilitische Encephalitis ist stets auf eine Anzahl Centren lokalisirt, die Paralyse ist die Folge einer Läsion der ganzen Gehirnoberfläche — hierauf beruht die Grundverschiedenheit beider Krankheitszustände, ausserdem ist erstere zeitlich begrenzt, letztere unaufhaltsam fortschreitend.

Tuberkulöse, sarkomatöse und apoplektische Herde werden im Allge-

Digitized by Google

meinen bei sorgfältiger Untersuchung und Berücksichtigung der Anamnese von den syphilitischen Gehirnentzündungen nicht allzu schwer unterschieden werden können.

Die Prognose der syphilitischen Herderkrankungen ist günstiger, als die sämmtlicher andersartigen cerebralen Lokalisationen. Bei zeitiger Erkenntniss vermag die Therapie (Quecksilbereinreibungen in Verbindung mit Jodkalium) relativ günstige Resultate zu erzielen.

Fisher **(New-York), Syphilis des Nervensystems. — The Journal of nervous and mental science. Januar.**

Fisher gibt hier in gedrängter Kürze einen Schulvortrag über die bekannten Erscheinungen der Syphilis des Nervensystems.

Gehirn, Rückenmark und periphere Nerven können syphilitisch afficirt sein, das Gehirn am häufigsten. Die Gehirnsyphilis geht von den Schädelknochen aus, vom Gehirn selbst oder seinen Häuten oder von den Blutgefässen. Am häufigsten wird diffuse cerebro-spinale Meningitis beobachtet.

Die Symptome der Syphilis sind, weil kein Theil des Nervensystems verschont bleibt, ungemein mannigfaltig und verschiedenartig: Kopfschmerz, psychische Störung, Somnolenz, Lähmungen verschiedenster Art, namentlich auch solche der Hirnnerven, optische Neuritis (bei basaler Meningitis), Hemiplegien, Monoplegien, Aphasie etc. etc. — alle Erscheinungen zeigen grossen Wechsel.

Das Bild der Hirnsyphilis gleicht mitunter auffällig dem der allgemeinen Paralyse der Irren.

Die Rückenmarkssyphilis bietet mannigfaltige spinale Symptome, besonders auch spastische und paretische Erscheinungen.

Die specifischen Affectionen der peripheren Nerven sind namentlich dadurch charakterisirt, dass sie sich leicht und rasch wieder zurückbilden können.

Hereditäre Syphilis erzeugt die gleichen Läsionen wie die erworbene.

Einige kurze Krankengeschichten sind in den Vortrag eingeflochten.

Charcot **(Paris), Ein Fall später hereditärer Hirnsyphilis. Vortrag. — Le Bulletin médicale vom 11. Februar. Referat im neurolog. Centralblatt No. 8.**

Es handelt sich um eine 30jährige Patientin, welche seit einigen Monaten von heftigen Kopfschmerzen in der linken Scheitelgegend befallen wurde. Die Anfälle begannen stets gegen Abend, um mit grosser Intensität die Nacht hindurch anzudauern; sie verallgemeinerten sich nach acht Tagen auf die ganze linke Seite und gingen auch auf die rechte über. Erbrechen. Erst nach 4 Monaten Linderung der Schmerzen. Dann stellten sich epileptiforme Anfälle ein mit Aufhebung des Bewusstseins, Zungenbiss, unwillkürlicher Harnentleerung und Krämpfen ausschliesslich der rechten oberen Extremität, mit Fallen auf die rechte Seite.

Digitized by Google

Umschriebene Empfindlichkeit des Schädels gegen Druck und Percussion, etwa der Gegend des Armcentrums entsprechend in der Grösse eines Fünffrankstückes. Concentrische Gesichtsfeldeinschränkung; links Neuritis optica, rechts specifische Chorioiditis atrophica mit Glaskörpertrübung. Mangel der linken unteren Nasenmuschel (Nasenleiden im 14. Lebensjahre).

Neuropathische Belastung, hysterische Hemianästhesie.

Die Diagnose wurde — bei Ausschluss erworbener Luës — auf hereditäre Syphilis gestellt. Therapie: grosse Dosen Jodkalium (4—5 g täglich) in Verbindung mit Ungt. cinereum. Prognose günstig, weil noch keine Ausfallerscheinungen vorhanden sind; doch muss die Behandlung länger als bei der erworbenen Syphilis fortgesetzt werden.

Mader **(Wien), Gehirnsyphilis. Energische Einreibungskur. Heilung. — Internationale klinische Rundschau No. 7.**

Der mitgetheilte Fall betrifft eine 28jährige Prostituirte mit unbekannter syphilitischer Anamnese, welche nach viermonatlicher Erkrankung der Hospitalbehandlung unterworfen wurde.

Sie litt damals an heftigem allgemeinem Kopfschmerz, sowie an Schwindel und dadurch bedingtem Taumel. Paralyse des linken Abducens; Pupillen gleich, Sehvermögen herabgesetzt mit dem Befunde der Neuroretinitis sinistra; rechts gesteigerte Sehnenreflexe und Fussklonus. Häufiges Erbrechen. Hiezu kam in der Folge — Schwäche des rechten Armes und rechtsseitiger Ptosis.

Seit der eingeleiteten energischen Einreibungskur (5,0 pro die) weichen allmälig die krankhaften Störungen mit Ausnahme der Abducenslähmung, das Allgemeinbefinden wird gut.

Die Erkrankung war anfangs für einen Brückentumor gehalten worden, bis der Erfolg der antiluetischen Behandlung die Diagnose sicherte. Es handelte sich offenbar um eine gummöse Exsudation an der Basis der linken Brückenhälfte, die zur Lähmung und consecutiven Atrophie des linken Abducens, bei weiterem Anwachsen zu heftiger Gehirnreizung und zu Gehirndruck führte.

Die Schmierkur, welche ohne jeden Nachtheil 45 Tage lang fortgesetzt wurde, führte zu einem glänzenden Erfolge.

Kowalewski, P., J., **Gehirnsyphilis und ihre Behandlung — Russ. Archiv f. Psych. Bd. 16 H. 3 u. Bd. 17 H. 1 u. 2.**

Es sind Vorlesungen für die Studirenden der Medicin, mit Lebendigkeit und Spannung aber auch klar, fasslich und mit der bekannten Gründlichkeit und Litteraturkenntniss, wie wir das bei *K.* gewöhnt sind, vorgetragen. Diese Vorträge nehmen selbst die Aufmerksamkeit des mit der Frage vertrauten in Anspruch und befriedigen ihn.

Im ganzen sind es acht Vorlesungen, der Reihe nach gibt er zuerst

Digitized by Google

ein Bild über die Entstehung und Fortpflanzung der Syphilis, eine Erklärung der dualistischen Theorie und über das Wesen derselben, weiter über die Wirkung der Syphilis auf den Organismus, und besonders die Folgen derselben auf das Gehirn. Die zweite Vorlesung behandelt eingehend die Syphilis des Gehirns und ihre Erscheinungen. In der dritten bespricht er die Formen der syphilitischen Epilepsie, die Paralysis syphil. als Hemi- Para- und Monoplegia. Dann folgt die Pseudoparalysis generalis syphilitica mit einigen Unterabtheilungen und der Differentialdiagnose von der Paralysis prog. alienorum; weiter die Syphilis medullae spinalis und endlich die Behandlung, wobei den kaukasischen Mineralbädern ein nicht zu missachtender Werth beigelegt wird. *A. v. Rothe.*

---

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Ref.: Stark-Stephansfeld.

Guder, Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf Epilepsie. — Der Irrenfreund, 1890, No. 7 u. 8.

Die Arbeit *Guder's* entspricht im Wesentlichen einem ausführlichen Referate der Arbeit *Nerlinger's*, betitelt: Ueber die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen. Heidelberg, 1890. Jedoch ist *G.* nicht mit der Ansicht *Nerlinger's* einverstanden, dass es unwahrscheinlich sei, dass die epileptischen Anfälle nur auf die Zeit der Schwangerschaft begrenzt und nur durch die letztere verursacht sein könnten. Zum Beweis dafür berichtet er über einen allerdings nicht von ihm selbst beobachteten, aber von den glaubwürdigsten Zeugen ihm mitgetheilten Fall, wo eine hereditär nicht belastete, früher stets gesunde Frau während zweier Schwangerschaften und nur während dieser epileptische Anfälle hatte, für die sich ausser der Schwangerschaft kein ätiologisches Moment auffinden liess. Auffallend ist, dass bei der ersten Schwangerschaft die Anfälle zu einem Zeitpunkte verschwanden, wo sie bei der zweiten erst auftraten, nämlich zu der Zeit, „wo das Leben kam", wo also die ersten Kindesbewegungen gespürt wurden.

Sodann berichtet *G.* noch über einen zweiten, von ihm in seiner Praxis eruirten Fall von Epilepsie und Schwangerschaft; er betrifft eine schon vor der Ehe epileptischen Frau, die während der ersten Zeiten ihrer 4 Schwangerschaften die Anfälle stärker und häufiger bekam, und die mit 30 Jahren (13 Jahre nach dem 1. epileptischen Anfall) bei körperlichem Wohlbefinden total verblödet war. Schliesslich macht *G.* noch auf eine *Nerlinger* entgangene Arbeit von *Féré* (Eclampsie und Epilepsie, Archives de Neurologie, 1884, VII) aufmerksam, die es an der Hand verschiedener einschlägiger Fälle nicht unwahrscheinlich macht, dass ein ätiologischer Zusammenhang besteht zwischen Eclampsie und Epilepsie.

Digitized by Google

***Bissell, Helen W.*, Zwei Fälle von epileptiformen Convulsionen in früher Kindheit. — J. of nerv. and ment. dis. März.**

B. beschreibt 2 Fälle in denen ohne bekannte Veranlassung in früher Kindheit epileptiforme Anfälle auftraten. Eine nach allgemeinen Principien durchgeführte Behandlung führte Genesung herbei. *Vorster.*

***Bitot, Emil*, Trophische Störungen bei Hysterie. — The Pacific Record. April.**

B. theilt einige Fälle trophischer und vasomotorischer Störungen mit, die er bei Hysterischen beobachtet zu haben angibt.

Bei einer jungen hysterischen Dame entstand in Folge von heftiger Gemüthsbewegung ein Oedem. Es verschwand nach Application des Magneten. Eine andere junge Frau litt an hysterischer Paraplegie und Anästhesie der Beine. Die Beine hatten eine Temperatur von 28°. Unter Behandlung mit dem faradischen Strom kehrte die Sensibilität bald zurück: die Temperatur der Beine stieg auf 32,8.

Auch Fälle mit primärer hysterischer Muskelatrophie ohne Entartungsreaction, jedoch mit rapider Abnahme der elektrischen Erregbarkeit hat *B.* beobachtet.

In 2 Fällen von Hysterie trat spontanes Abfallen der Nägel ein.

Vorster.

***Potts, Charles*, Antipyrin in Verbindung mit Ammoniumbromid bei Epilepsie. — Univ. med. Magaz. October 1890.**

P. sah in 43 Fällen von idiopathischer Epilepsie sehr gute Erfolge durch die combinirte Behandlung mit Antipyrin und Ammoniumbromid, und zwar 0,24—0,36 Antipyrin und 10—20 Tropfen Ammoniumbromid 3 mal in 24 Stunden. In allen diesen Fällen waren die üblichen Mittel, auch die Anwendung von Antipyrin und Ammoniumbromid allein, ohne Wirkung, während die Vereinung beider Mittel sehr bald eine Abnahme der Zahl und Intensivität der Fälle bewirkte. *S.*

***Prince, Morton*, Associations-Neurosen: Eine Studie der Pathologie der hysterischen Gelenkschmerzen, der Neurasthenie und der auf Nachahmung beruhenden Neurosen. — J. of nerv. and ment. dis. Mai.**

Zur Erklärung des Begriffs „Associationsneurosen" geht *P.* von dem psychologischen Gesetze aus, dass Vorstellungen, Empfindungen und Willenshandlungen, welche mit einander in Beziehung steben, bei häufiger Wiederherstellung so eng mit einander verknüpft werden, dass eins das andere von selbst hervorruft. Dies Gesetz gilt nicht nur für normale Vorgänge, sondern auch für krankhafte Erscheinungen, die Gefühle des Schmerzes, der Nausea, des Schwindels und ähnlicher anderer. Ferner

Digitized by Google

gilt es nicht allein für die höheren geistigen Functionen, die im Gehirn ihren Sitz haben, sondern auch für die Vorgänge, welche im Rückenmark und den niederen Centren ausgelöst werden. *P.* will von dem weiten Begriff der Hysterie die Associations-Neurosen und Psychosen trennen.

P. führt zunächst aus, dass bestimmte geistige Vorstellungen sich mit bestimmten physiologischen Vorgängen verknüpfen können, so Speichelfluss mit der Erinnerung an bestimmte Speisen. Eine neurasthenische Patientin, Mutter von mehreren Kindern, hatte jedesmal, wenn sie ein Kind schreien hörte, das Gefühl des Schwellens ihrer Brüste, als wenn Milch darin zusammenflösse.

Ferner können sich bestimmte geistige Vorstellungen mit pathologischen Vorgängen verbinden. Ein Herr wurde seekrank, wenn er vom trockenen Lande aus auf das bewegte Wasser blickte. *P.* betont, dass ein pathologischer Process des Nervensystems, der nicht durch eine äussere Ursache begründet war, nach dem Schwinden dieser äusseren Ursache auch später noch hervorgerufen werden kann allein durch einen physiologischen Vorgang oder einen psychologischen Zustand, der vorher mit dem pathologischen Process associirt war. Ein Herr, der von 4 Pferden überfahren war, sah jedesmal, wenn er später in Schreck gerieth, einen weissen Pferdebauch über sich.

Auf die hysterischen Gelenkbeschwerden übergehend führt *P.* einen Fall an, in dem in Folge eines Stosses gegen das Knie das Bein noch nach Wochen gebrauchsunfähig war, ohne dass eine schwerere anatomische Läsion vorlag. Bei jedem Bewegungsversuche stellten sich Schmerzen ein. Nach *P.* war die Unfähigkeit zu gehen subjectiv begründet und wurde durch geeignete psychische Behandlung gehoben. Die sensorischen Centren, die der Bewegung des Beines vorstehen, sind bei dem Kranken nach *P.* so fest mit den sensorischen Centren des Schmerzes verbunden gewesen, dass jeder Bewegungsversuch beide Centren zusammen erregte.

Die sehr lesenswerthen weiteren Ausführungen werden durch zweckmässige Schemata anschaulich gemacht und sind im Original nachzulesen.

Vorster.

Tomlinson, A. H., Hysterische Manie? — J. of nerv. and ment. dis. März.

Vorliegende klinische Studie stützt sich auf die Beobachtung von 6 Fällen und behandelt die Frage: gibt es eine besondere Krankheitsform „hysterische Manie"? Zweckmässiger erscheint dem Verf. die Bezeichnung „maniakalische Hysterie". *T.* definirt sie als eine Form der Geistesstörung, charakterisirt durch Exaltation zeitweise wechselnd mit Depression, Hallucinationen können da sein oder fehlen, Wahnideen fehlen, die Kranken führen zwecklose Reden, ihr Bewegungsdrang ist gesteigert, ihre Handlungen geschehen jedoch absichtlich und sind von der Umgebung beeinflusst. Drei Gesichtspunkte unterscheiden die hysterische Manie von der

Digitized by Google

einfachen acuten Form oder von der Manie mit Wahnideen. Dies sind das Erhaltenbleiben des Gedächtnisses, das Fehlen der geistigen Verwirrtheit und die gewollten Handlungen. Die Erkrankungsform stellt eine Uebergangsstufe von der Hysterie dar, bei welcher die sonst gewöhnlichen Convulsionen, Lähmungen und kataleptischen Anfälle durch maniakalische Exaltation und gesteigerten Bewegungsdrang ersetzt sind. Ursache der Erkrankung sind meistens geistige Ueberanstrengung oder körperliche Erschöpfung bei nervöser Constitution. Die 6 Krankengeschichten sind zur Illustration vorstehender Angaben beigefügt. *Vorster.*

***Charcot*, Ein Fall von Hystérie simulatrice du Syndrome de Weber. — Arch. de Neurol. Mai.**

Der geradezu glänzend zu nennende Vortrag von *Ch.* knüpft an folgenden Fall an:

Die 18jähr. Patientin ist von Vater und Mutter Seite erblich stark belastet (Vater Potator). Verdacht auf Tuberculose in der Familie. Pat. ist seit dem 10. Lebensjahre regelmässig aber spärlich menstruirt. Vom 12.—13. Jahre an häufiges Nasenbluten und Anfälle von Migräne, besonders zur Zeit der Regel. Beim Bücken Schmerzen im Gesicht. Am Morgen beim Erwachen Oedem des Gesichts, welches sich unter Tags verliert. Mehrmals täglich viertelstundenlange Anfälle von „Syncope," bisweilen bis zur Bewusstlosigkeit, welchem Schmerzgefühl im Epigastrium, Palpitationen, Ohrensausen, Nebel vor den Augen, Strangulationsgefühl vorausgingen. Keine Convulsionen. Die Anfälle kamen in wachsender Häufigkeit, bestehen jetzt noch und hindern Pat. an einer regelmässigen Beschäftigung. Vor 5 bis 6 Jahren trat ohne bekannte Veranlassung Ptosis des linken oberen Lides ein, welche jetzt noch besteht. Vor 4 Jahren bekam Pat. eine Hemiparese der rechten Seite mit Schmerzen in derselben. Diese Schmerzen steigerten sich ein Jahr später zu einer ausgesprochenen rechtsseitigen Hyperästhesie mit Schmerzen in den Gelenken. 8 Tage später ging die Parese in eine vollständige rechtsseitige Hemiplegie mit Contractur über. Jede Bewegung war unmöglich, der rechte Arm war rechtwinkelig gebogen, der Unterschenkel an die Nates angedrückt. Das Gesicht blieb frei. Die rechte Körperhälfte war anästhetisch, der elektrische Strom, Points de feu am Beine wurden nicht empfunden. Dabei bestanden die subjectiven Schmerzen fort. Nach 10 Monaten ging die Lähmung allmälig zurück, zuerst im Arme, dann im Beine, welches Pat. aber noch längere Zeit schleppte. Die Anfälle von Syncope bestanden während der ganzen Zeit fort. Nach zweijähriger Dauer war die Lähmung der Extremitäten verschwunden, die Ptosis blieb. Ebenso persistirten die Migräneanfälle und Schmerzen in der Lendengegend.

Stat. praesens. Kräftiger Wuchs. Klagt über zeitweise Schmerzen in der rechten Körperhälfte, über Migräne und Anfälle von Syncope. Motilität der rechten Seite normal, keine Muskelatrophie. Die allgemeine

Digitized by Goog

Sensibilität ist in ihren verschiedenen Qualitäten rechts aufgehoben, nur nicht im Gesicht und am Schädel. Keine Anästhesie des Schlundes. Am linken Auge ist die Sensibilität der Cornea und Conjunctiva erloschen, die Reflexe sind aber erhalten. Die Lider haben auf beiden Augen die normale Sensibilität. An 5 Stellen des Körpers finden sich schmerzhafte Zonen. Druck auf dieselben ruft eine Art Aura hervor. Geschmack, Geruch und Gehör zeigen keine Veränderungen. Auf dem linken Auge merkliche, auf dem rechten schwächere Einengung des Gesichtsfeldes. Auf dem linken Auge Contractur der Accomodation, etwas Diplopie. Links besteht Ptosis des oberen Lides, welches die Hälfte der Pupille bedeckt. Bewegungen der Bulbi normal.

Die Intensität der Ptosis wechselt, bisweilen ist dieselbe sehr hochgradig. An Mund und Zunge keine Lähmungserscheinungen. Am linken oberen Augenlid bemerkt man weder Falten noch Palpitationen, auch keinen erhöhten Widerstand beim passiven Oeffnen des Auges. Pat. kann das linke obere Lid nicht heben. Beim Versuche, die Lider zu heben, faltet sich die rechte Stirnseite stärker als die linke. Das linke obere Lid steht beträchtlich tiefer als das rechte und bildet eine gerade Linie. Ueber demselben bemerkt man eine seichte Grube, welche nach innen nahe der Mittellinie durch eine verticale Furche begrenzt wird. Die elektrische Erregbarkeit ist nicht alterirt.

Die mit der Extremitätenlähmung gekreuzte Oculomotoriuslähmung liess zunächst daran denken, dass es sich um eine ernstere, wahrscheinlich tuberculöse Affection von einem bestimmten Sitze handeln werde. Erst die genauere Analyse des Falles ergab, dass keine organische, sondern nur eine dynamische Störung vorlag. *Weber* in London hat zuerst an der Hand einer Beobachtung nachgewiesen, dass die mit der Extremitätenlähmung gekreuzte Oculomotoriuslähmung auf eine Affection des inneren, unteren Theiles des Hirnschenkelfusses zu beziehen sei. Die Richtigkeit dieser Thatsache ist seither von einer Reihe von Beobachtern bestätigt worden. In ausgeprägten Fällen findet sich auf der dem Krankheitsheerde entsprechenden Seite Oculomotoriuslähmung, während auf der gekreuzten Seite Facialis, Hypoglossus und Extremitäten gelähmt sind. *Charcot* erörtert die bekannten anatomischen Verhältnisse der Lage der Oculomotoriuskerne und des Verlaufes der Nerven durch den Hirnschenkel, welche es erklären, dass bald sämmtliche, bald nur einzelne Aeste des Oculomotorius gelähmt sind.

Im vorliegenden Falle wird die hysterische Natur des Leidens durch folgende Umstände ausser Zweifel gestellt: die Lähmung folgte auf eine Hyperästhesie und eine Arthralgie der rechten Seite. Die Hyperästhesie machte einer Anästhesie Platz, welche mit scharfer Grenze am Halse das Gesicht frei liess. Diese Begrenzung der Anästhesie spricht gegen eine organische Affection. Die Kranke zeigte den schleppenden Gang der hysterischen Lähmung. Die Anfälle von Syncope waren abortive hysterische

Digitized by Google

Anfälle. Die Kranke hat bestimmte schmerzhafte Zonen, Einengung des Gesichtsfeldes, monoculäre Diplopie. Dafür, dass die Ptosis spasmodischer Art ist, spricht das Tieferstehen der linken Augenbrauen, das Fehlen der Stirnfalten auf der linken Seite, die seichte Grube über der Braue. Bei der paralytischen Ptosis steht die betr. Braue höher, die seichte Grube über derselben fehlt, die Furchen der Stirn sind auf der kranken Seite ausgeprägter als auf der gesunden. Die Stellung der Augenbrauen kann für die Diagnose entscheidend werden, z. B. wenn bei einer Hysterischen ausser der Ptosis noch ein krampfhafter Strabismus vorhanden ist. Dafür, dass es sich bei Pat. um einen tonischen Blepharospasmus hysterischer Natur handelt, spricht noch weiter die Anästhesie der Cornea auf der kranken Seite.

***Oppenheim* u. *Koehler*,** Casuistischer Beitrag zur Hirnchirurgie. — Berl. klin. Wochenschr. No. 16. Vergl. diese Zeitschr. Bd. 47.

Die am 26. April wegen einer Gehirngeschwulst trepanirte 36 jährige Kranke befand sich bis Ende Juni wohl. Die Bewegungsfähigkeit der Finger nahm zu, die Facialisparese war kaum noch wahrnehmbar. Dann traten leichte Zuckungen des linken Mundwinkels und der linken Zungenhälfte ein. Am 21. Juli normale Geburt eines lebenden Kindes. Die Wundhöhle war noch etwa Mandelgross. Anfangs August erster Anfall von corticaler Epilepsie, im linken Arm beginnend. Augenuntersuchung ergab normalen Befund. Bis zum November wiederholte sich der Krampfanfall noch 4 mal. Pat. litt häufig an Kopfschmerz und Schwindelgefühl, als ob sie nach der linken Seite falle. Das Schwindelgefühl wurde andauernd, es trat Schwäche und Steifigkeit im linken Arm ein, Schläfrigkeit, Erbrechen. Die Augenuntersuchung ergab nichts Pathologisches. Unter Zunahme der Pulsfrequenz bis auf 140 stellte sich eine linksseitige Hemiplegie ein, Pat. starb am 7. Dec. unter Delirien.

Die Section ergab eine apfelgrosse, zum Theil erweichte und Höhlen enthaltende Geschwulst im Bereiche der rechten Centralwindungen, welche die Rinden- und Marksubstanz derselben in der unteren Hälfte durchsetzte. Die weisse Substanz in der Umgebung der Geschwulst zeigt starke Induration.

Auffallend ist bei der Grösse der Geschwulst, dass der Augenspiegelbefund immer normal blieb.

***Stembo*,** Ein Fall von ***Gilles de la Tourette*'scher** Krankheit. — Berl. klin. Wochenschr. No. 28.

Nach Anführung der hauptsächlichsten Litteratur charakterisirt *St.* den Zustand folgendermaassen: die meistens erbliche Krankheit beginnt zwischen dem 4.—26. Lebensjahre. Es treten Zuckungen im Gesichte, am Halse und Arme auf, welche auf das Bein und dann auf die andere Körperhälfte

Digitized by Google

übergreifen, die Zuckungen treten plötzlich, in Intervallen auf, und bestehen in complicirten Bewegungen, z. B. Tanzen, Klopfen, Husten, Spucken, Pfeifen.

Die Krankheit kann auch auf den Phonations- und Articulations-Apparat übergehen, und dann werden entweder nur einfache Laute ausgestossen, oder Worte und Sätze, meist obscönen Inhaltes (Coprolalie). Auch Echolalie kommt vor, ebenso Nachahmung von Bewegungen. Körperernährung und Intelligenz bleiben intact S. theilt folgenden Fall mit:

37jähr. Israelit, fing im 15. Jahre an zu onaniren und setzte dies auch nach seiner Verheirathung im 18. Jahre fort. Im 16. Jahre traten Zuckungen am Nacken und Halse auf, welche allmälig auf das Gesicht, den rechten und den linken Arm und endlich auf beide Beine übergingen. Dazu traten Störungen der Stimme, der Sprache, des Zwerchfells.

Kräftiger Mann. Zuckungen an der Stirn, um den Mund, in den von den mittleren Facialis-Aesten versorgten Muskeln. Die Zunge wird häufig vorgeschoben, bei geschlossenem Munde mit einem Geräusch (hst, pst) der Kopf wird gedreht, das Kinn gehoben, die Schultern heben sich (Accessoriusgebiet). Durch Zuckungen in einem Kopfnicker wird der Kopf nach einer Schulter gedreht. Ferner sind Zuckungen im Gebiete des N. radialis vorhanden, und im Gebiete der Peronaei.

Pat. kann die Zuckungen durch Willensanstrengung oder wenn er den Rücken gegen eine Wand stemmt, zeitweise unterdrücken, im Schlafe hören sie auf. Auf der Strasse muss er eilen, um alle vor ihm Gehenden zu übereilen, beim Begegnen muss er eine heftige Exspirationsbewegung machen (ht). Gehörte Worte, besonders Schimpfwörter, muss er nachsprechen. Letzteres hat sich unter dem Einflusse einer Kur gebessert. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven ist erhöht.

Aetiologisch wichtig sind neben der Erblichkeit Kummer, Schreck, Onanie, Blutsverwandtschaft der Eltern.

St. sah noch folgenden Fall: Ein 14jähr., erblich stark belasteter Knabe onanirt seit 1 Jahre und zeigt seitdem psychische Störungen. Seit einem halben Jahre sind Zuckungen im ganzen Körper vorhanden, und wenn er sich ärgert, so tritt ein Bocken ein. Mit den Armen macht Pat. Bewegungen als handhabe er einen Spaten.

***Charcot* et *Guinon*, Beiträge zur Geschichte des Somnambulismus. Hysterischer Somnambulismus (phase passionnelle de l'attaque, attaque delirante, attaque de somnambulisme). — Progrès medical. No. 20, 23, 26, 29.**

Die bekannten von *Charcot* aufgestellten 4 Perioden des grossen hysterischen Anfalles sind nicht immer gleichmässig entwickelt. Diese oder jene Periode des Anfalles kann nur schwach vorhanden sein, oder ganz fehlen, während eine andere besonders stark ausgebildet ist. Besonders

Digitized by Google

kann die Periode der affectvollen Geberden dermaassen überwiegen, dass die übrigen Erscheinungen ganz zurücktreten und der Anfall zu einem rein delirösen Anfalle wird. Es kann in einem solchen Falle Stunden, ja Tage lang ein allgemeines, bald wüthendes, bald heiteres Delirium vorhanden sein, bisweilen mit sonderbarer Aenderung der Persönlichkeit, Zoanthropie. *Ch.* schlägt vor, diese Periode als hysterischen Somnambulismus zu bezeichnen. Es werden mehrere ältere Beobachtungen von *Mesnet*, *Richet* und *Garnier* angeführt. Bezeichnend für dieses somnambule Delirium ist es, dass die Kranken von den sie umgebenden Personen und Dingen keinerlei Notiz nehmen, ausser wenn die Letzteren in Beziehung zu dem herrschenden Delir treten, resp. auf dasselbe eingehen.

Verff. unterscheiden zwei Formen: bei der einen besteht ein kurzdauerndes Delir mit auffallender Incoordination der Vorstellungen und Handlungen, die andere Form nähert sich mehr dem Zustande des Wachseins, es werden coordinirte Handlungen ausgeführt. Die erstere Form findet sich besonders bei der Hysterie der Knaben.

Verff. führen mehrere Fälle von somnambulem Delirium bei Knaben an und betonen, dass das Delir immer von der eigenen Initiative der Kranken abhängt, und zwar bald von momentanen Gesichtshallucinationen, bald von Erinnerungsvorstellungen. Als Beispiel für die Zoanthropie wird der Fall eines hysterischen Mädchens beschrieben, welche sich anfallsweise wie eine Katze benahm, und nach dem Anfalle keine Erinnerung an das Vorgefallene hatte.

Die Anfälle von somnambulem Delir können, wie der hysterische Anfall, auch künstlich hervorgerufen werden, durch Druck auf die hysterogenen Punkte. Ausser den bekannten Stellen kommt bei der traumatischen Hysterie noch ein besonderer hysterogener Punkt vor, nämlich die Stelle der Verletzung.

Ferner findet sich bei manchen Hysterischen ein retinaler oder bulbärer hysterogener Punkt. Bei diesen Fällen kann längeres Fixiren eines Gegenstandes den Anfall auslösen. Dass es sich hier um den hysterischen und nicht um den hypnotischen Somnambulismus handelt, wird weiter unten näher begründet werden.

Ein 17jähriger Knabe, Onanist, welcher verschiedene hysterische Stigmata darbot, hatte zuerst nächtliche Anfälle von Somnambulismus, danach auch solche unter Tags, mit somnambulem Delirium. Diese Anfälle konnten auch durch Fixiren eines Objectes, durch Druck auf die Bulbi hervorgerufen werden. Der Kranke schloss dann nach wenigen Minuten die Augen, bekam leichte Zuckungen in den Gliedern und fing an zu deliriren. Während dieses Deliriums kehrten immer die gleichen Bilder wieder, Pat. sah eine grosse Spinne, welche er tödten wollte, einen grossen rothen Kopf. Er antwortete auf Fragen, wusste im Anfalle, wo er sich befand, war aber nicht suggestibel. Mit der Zeit nahmen die Anfälle an Dauer zu, es traten neue Delirien auf, und es wurde beobachtet, dass jedem

Digitized by Google

Wechsel des Deliriums während eines Anfalles kurz dauernde krampfhafte Zuckungen vorausgingen. Für die Anfälle war Amnesie vorhanden.

Der Inhalt der Delirien während der passionellen Phase ist ausserordentlich wechselnd, gemäss dem Wechsel der Gesichtshallucinationen, welche dasselbe veranlassen. Aber bei dem gleichen Kranken kehren während des Anfalles immer die gleichen Delirien wieder, und es ist nicht möglich, diese Delirien durch suggestives Ansprechen des Kranken zu verändern. Dagegen gelingt es durch verschiedene Sinneseindrücke neue Delirien hervorzurufen.

Es folgt die ausführliche Krankengeschichte eines hysterischen Mädchens, bei welcher das Delir der passionellen Phase mehrere Stunden anhielt. Bei dieser Kranken konnten durch einfache Sinneseindrücke (Vorhalten von gefärbten Gläsern, Geschmacks- und Geruchseindrücke etc.) neue Delirien hervorgerufen werden. Die Kranke war hypnotisirbar, und wenn man während der Hypnose in gleicher Weise auf ihre Sinnesorgane einwirkte, so traten dieselben Delirien auf, wie während des hysterischen Anfalles. Bei einem 18jährigen hysterischen Manne konnte durch Fixiren des Blickes der hysterische Anfall ausgelöst werden, und es war bei demselben möglich, während der passionellen Phase die Delirien durch verschiedene einfache Sinneseindrücke zu beeinflussen. Es gelang, ihn während dieses Anfalles zum Schreiben zu bringen, und er fing an die Verse eines Liedes aufzuschreiben. Er war dabei von dieser Thätigkeit vollständig absorbirt und reagirte weder auf Anreden noch auf sonstige Einwirkungen. Man hielt ihm nun ein Blatt Papier zwischen seine Augen und seine Hand, er beachtete dieses Hinderniss nicht und schrieb ohne Tinte in der Feder weiter, bis das Lied vollendet war. Hierauf gab man ihm ein leeres Blatt Papier in die Hand und forderte ihn auf zu lesen, was er geschrieben. Er las nun das Lied von dem leeren Blatt und machte an den Stellen, an welchen in seinem Manuscript die Interpunktionszeichen fehlten, diese auf das weisse Blatt, als habe er sein Manuscript vor sich. Der hallucinatorische Zustand, welcher das Vorstellungsbild weckt, verleiht der Vorstellung oder dem Erinnerungsbilde einen derartigen Drang nach Ausstrahlung in die Sinnesorgane, dass diese in Thätigkeit treten und der Vorstellung oder Erinnerung einer äusseren Realität geben (*Mesnet*).

Dem hysterischen Somnambulismus gehen bald die übrigen Perioden des grossen hysterischen Anfalles vorher, bald sind aber die letzteren wenig entwickelt oder fehlen ganz. *Charcot* hat deshalb folgende Formen aufgestellt: a) der Somnambulismus ist den affectvollen Stellungen des hysterischen Anfalls beigemischt, oder ersetzt dieselben; b) der Somnambulismus ist nur von einzelnen Symptomen aus den Perioden des hysterischen Anfalles begleitet; c) der Somnambulismus tritt in Form von distincten Anfällen auf bei einem Kranken, welcher ausserdem noch Krampfanfälle oder andere Zeichen von Hysterie darbietet. Verff. bekämpfen die Anschauung, dass die vier Perioden des hysterischen Anfalles nur in der

Digitized by Google

Salpêtrière vorkämen und dort gezüchtet würden. Die vier Perioden des hysterischen Anfalles bilden den Typus, mit Hülfe dessen die unvollständigen und abnormen Fälle erklärt werden. Am häufigsten ist die Form des hysterischen Anfalles, bei welcher die zweite Periode vorherrscht, die epileptoide Periode schwach entwickelt ist und die affectvollen Stellungen ganz fehlen. Verff. führen folgenden Fall von Hyperacuität des Gedächtnisses an.

Ein hysterischer Journalist ist durch Druck auf die Bulbi leicht in somnambules Delirium zu versetzen, aus welchem er durch Druck auf einen hysterogenen Punkt wieder erweckt werden kann. Der Mann leidet ausserdem am Schreibkrampfe, und schreibt in Folge dessen nur mühsam und mit zuckender Schrift.

Ch. liess ihn nun ein von demselben verfasstes Sonnet aufschreiben, versetzte ihn dann in somnambules Delirium und liess ihn jetzt das Sonnet nochmals schreiben. Die Schriftproben werden mitgetheilt. Das im Wachen Geschriebene zeigt eine zitternde, schwerfällige Handschrift und enthält mehrere Fehler, das im Somnambulismus Geschriebene ist mit sicherer, glatter Hand und ohne Fehler geschrieben. Ferner schrieb er im somnambulen Zustande das Sonnet in der Hälfte der Zeit, welche er im wachen Zustande gebraucht hatte.

Der Kranke hatte mehrfach die Absicht ausgesprochen, eine Art Novelle über die Salpêtrière zu schreiben. Man versetzt ihn abermals in den somnambulen Zustand, setzt ihn an einen Tisch, auf welchem sich Papier, Tinte und Feder befindet, und schreit ihm wiederholt in die Ohren: „Die Salpêtrière"! Nach einigen Augenblicken fängt er an seine Novelle zu schreiben und schreibt in kaum einer Stunde 12 Seiten. Nach dem Erwachen ist er sehr erstaunt über das Geschriebene und erklärt, im Wachen würde er mindestens zwei Stunden gebrauchten haben, um 12 Seiten zu schreiben.

Nach 3 Tagen wird der Versuch wiederholt. Der Kranke ergreift die Feder, numerirt das erste Blatt mit 13 und schreibt, nach der Gewohnheit der für den Druck schreibenden Leute, das letzte Wort des vorhergehenden Manuskriptes oben auf das Blatt. Er schreibt 7 Seiten, das letzte Blatt (19) ist nur zur Hälfte gefüllt. Am nächsten Tage Wiederholung des Versuches. Er numerirt das Blatt 19bis, schreibt das letzte Wort des vorhergehenden Blattes oben hin und schreibt eine halbe Seite. Am folgenden Tage fährt er mit der unvollendeten Seite 19bis fort und numerirt 19ter, dann bleibt er bei Seite 20 stehen.

Man spricht nun 20 Tage nicht von seinem Romane, und dann lenkt man von Neuem seine Aufmerksamkeit auf diesen Gegenstand. Er ergreift die Feder, numerirt das Blatt mit 21 und schreibt oben hin die beiden letzten Worte von dem vorhergehenden Blatte, welches er vor 20 Tagen geschrieben hatte.

Offenbar bestand bei diesem Kranken eine Art Zusammenhang zwischen

Digitized by Google

den einzelnen auf einander folgenden somnambulen Zuständen, was nicht bei allen Kranken der Fall ist. Dieselben erinnern sich im Allgemeinen während des somnambulen Zustandes an die Thatsachen aus ihrem wachen Leben, ihre Persönlichkeit ist demnach in diesem Zustande nicht wirklich verändert. Die Verdoppelung des Ich äussert sich nur durch die Eigenthümlichkeit, dass sie im Wachen keine Erinnerung an die Vorfälle während des somnambulen Zustandes haben.

Ref. hebt noch besonders hervor, dass die Arbeit eine Anzahl von interessanten, ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten enthält, welche sich nicht wohl auszugsweise wiedergeben lassen.

***Pitres*, Trophische Störungen bei Hysterie. — Le Progrès médical. No. 8.**

Der bis vor Kurzem geltende Satz, dass bei der Hysterie keine trophischen Störungen vorkommen, ist nicht mehr aufrecht zu erhalten, seitdem man die Muskelatrophieen bei hysterischen Lähmungen und Contracturen näher studirt hat. *P.* hat folgende trophische Störungen bei Hysterischen beobachtet:

I. Oedem tritt häufig als Complication von hysterischen Lähmungen und Contracturen ein. Schon *Sydenham* beschrieb ein besonderes hysterisches Oedem, für welches bezeichnend sein sollte, dass es Morgens stärker sei als Abends, und dass der Fingerdruck keine Delle in demselben zurücklasse.

Fall 1. Ein 20jähriges Mädchen bekam nach einer Gemüthsbewegung heftigen linksseitigen Kopfschmerz mit Hyperästhesie des Gesichts und Gehörs. Danach traten wiederholt mehrstündige Anfälle von lethargischem Schlafe auf mit vollständiger Anästhesie. Hierauf entwickelte sich Schmerzhaftigkeit der linken Wade, dieselbe schwoll an und diese Schwellung dehnte sich nach Oben bis zur Analfalte aus. Diese Schwellung bestand 10 Tage lang und verlor sich dann allmälig. 6 Wochen später kehrte diese Schwellung nach einer Gemüthsbewegung wieder.

Stat. praes. Starke ödematöse Schwellung des linken Fusses und Unterschenkels. Farbe der Haut nicht verändert. Das Oedem ist fest, hinterlässt nach Fingerdruck keine Delle. Es ist Abends stärker als Morgens, nimmt zu, wenn die Kranke geht. Patellarreflex links schwächer. Anästhesie der linken Seite vom Kopf bis zum Darmbeinkamme, Anästhesie der Conjunctiven. Concentrische Einengung der Gesichtsfelder. Urin eiweissfrei. Zeitweise Anfälle von Schwäche mit Muskelzuckungen. Unter wiederholter Anwendung des Magnet verschwindet die Anästhesie und das Oedem.

II. *P.* erklärt das neuropathische Oedem für die Folge von einer vasomotorischen Lähmung mit dauernder Erweiterung der Capillaren, und führt folgenden Fall an:

Fall 2. 24jähriges Mädchen, erblich belastet, hat zweimal abortirt.

Digitized by Google

Der letzte Abortus trat vor 3 Monaten nach einem Fall ein, nach demselben bekam Pat. eine Peritonitis. Als letztere heilte war eine Lähmung beider Beine vorhanden. Unmöglichkeit activer Bewegungen, kein Muskelschwund, keine Entartungsreaction, Bewusstsein von der Lage der Glieder aufgehoben. Beide Unterschenkel und Füsse sind völlig anästhetisch, Synapismen bewirken keine Röthung der Haut. Temperatur der Unterschenkel beträchtlich herabgesetzt. Functionen von Blase und Mastdarm intact. Concentrische Einengung beider Gesichtsfelder. Unter Anwendung des faradischen Stromes verlor sich die Lähmung der Beine, die Temperatur derselben wurde normal.

III. Die Muskelatrophieen nach hysterischen Lähmungen und Contracturen hängen wahrscheinlich von einer rein dynamischen Störung in den Vorderhornzellen ab. Allein die Veränderung der Zellen, welche die Atrophie veranlasst, ist eine andere als jene, welche die Lähmung der Contractur herbeiführt; denn beide Symptome sind nicht nothwendig mit einander verbunden. Es kommen hysterische Lähmungen und Contracturen vor ohne Muskelatrophie, und ebenso hysterische Muskelatrophieen ohne eine begleitende Lähmung oder Contractur.

Fall 3. 23jähriger Mann, erblich belastet, erhielt einen Stich in den Axillartheil des linken Pectoralis major. Nach einigen Monaten trat Abmagerung des linken Daumenballens ein, und nach einem Jahre Ameisenkriechen am inneren Rande der linken Hand und im linken Vorderarm. Der linke Arm magerte ab, doch nahm die Muskelkraft nicht ab. Später bekam Pat. Palpitationen und Schmerzen in den Lendenwirbeln.

Stat. praes. Atrophie der Muskeln der linken oberen Extremität. Die Hand in Klauenstellung, doch sind alle Bewegungen möglich. Extension der Finger unvollständig, es tritt alsbald Zittern ein, welches sich auf die ganze Hand ausdehnt. Die Muskeln des Vorderarmes weniger atrophisch, als diejenigen der Hand. Muskelkraft links erheblich herabgesetzt. Elektrische Reaction der Muskeln und Nerven normal, keine Entartungsreaction, herabgesetzte Hautsensibilität am Hinterkopfe, Brust, Rücken, Schultern und linken Arm, Fingerspitzen und Handteller links hyperästhetisch. Gaumenreflex aufgehoben. Einengung beider Gesichtsfelder. Processus spinosi der Lendenwirbel empfindlich gegen Druck. Pat. klagt über Herzklopfen, das Herz ist gesund. Die Atrophie wird für eine hystero-traumatische erklärt und die Prognose günstig gestellt.

IV. In manchen Fällen von hysterischer Lähmung nimmt die elektrische Erregbarkeit der Muskeln rasch ab, wie bei der folgenden Kranken:

Fall 4. 46jährige Haushälterin litt in Folge von der brutalen Behandlung seitens ihres Mannes häufig an hysterischen Krampfanfällen. 3 Tage nach einer Verbrennung der rechten Backe empfand Pat. Schwierigkeit beim Oeffnen des Mundes, zugleich trat Blepharospasmus am rechten Auge ein; der Mund war nach links verzogen. Nach 48 Stunden öffnete sich das rechte Auge und Pat. konnte es nun nicht mehr freiwillig schliessen.

Digitized by Google

Stat. praes. Lähmung der rechten Gesichtshälfte, der Mund ist nach links verzogen. Rechtes oberes Lid unbeweglich nach oben gezogen. Die Hebemuskeln des Unterkiefers sind hart gespannt, so dass der Mund nicht geöffnet werden kann. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln der rechten Gesichtshälfte ist erheblich herabgesetzt. Keine weiteren hysterischen Stigmata. Unter Anwendung der Hydrotherapie und der Elektricität trat nach 3 Wochen Heilung ein.

V. In seltenen Fällen kommt es bei Hysterischen zum Abfallen der Nägel, zum Ausfallen der Haare oder zu Decubitus.

Fall 5. 25jähriges Mädchen, erblich belastet. Im 20. Jahre Schlafanfälle, welchen Globusgefühle vorhergingen. Im 21. Jahre nach Schreck erster Krampfanfall, welcher sich häufig wiederholte und von hysterischen Lähmungen gefolgt war. Die letzteren hielten 3—18 Monate an und während derselben entwickelte sich zweimal ein Decubitus. Während des letzten Anfalles von Paralyse trat Gesichtsschmerz auf, dann entwickelte sich eine Schwellung des Zahnfleisches am linken Unterkiefer, die Zähne wurden locker, und ohne dass Eiterung eintrat fielen im Laufe von 4 Wochen alle linken oberen Backzähne aus.

Stat. praes. Alle 2—3 Tage tritt ein Krampfanfall ein. Rechtseitige hysterische Lähmung. Herabgesetzte Sensibilität der Haut und der Schleimhäute. Concentrische Einengung beider Gesichtsfelder, aufgehobener Pharynxreflex. Hysterogene Zonen.

Gilles de la Tourette, Ueber einige wenig bekannte hysterische Anfälle: Anfälle in Form einer Gesichtsneuralgie, von ***Ménière***'schem Schwindel. Le Progrès médical. No. 34.

Hysterische Neuralgien sind nicht selten. Am häufigsten bestehen sie darin, dass eine in der Nähe eines Nerven sitzende hysterogene Zone in Thätigkeit tritt. Die Zone strahlt in den Nerven aus, entweder im Beginne eines Krampfanfalles, oder ohne dass ein solcher eintritt. Im ersteren Falle handelt es sich um eine protrahirte Aura, im andern Falle um ein Aequivalent eines Krampfanfalles. Vom klinischen Gesichtspunkte aus gehören diese Anfälle von Neuralgie in dieselbe Kategorie wie die übrigen hysterischen Anfälle.

Fall 1. 70jährige Frau, erblich belastet. Im 18. Jahre Anfälle von Somnambulismus. Zur gleichen Zeit mehrstündige neuralgische Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, welche mit 3stündigen Krampfanfällen abschlossen. Diese Anfälle kehrten täglich wieder und verschwanden dann. Im 28. Jahre Schlingbeschwerden, konnte nur flüssige Nahrung geniessen und magerte ab. Nach 2 Monaten Anfälle von Gesichtsneuralgie, auf welche im 18. Jahr Krampfanfälle folgten, die ganze linke Seite war anästhetisch; nach einem der Anfälle bestand 4 Tage lang eine linkseitige Hemiplegie. Besserung nach Kaltwassercur. 2 Jahre später Anfälle von

Digitized by Google

Intercostalneuralgie, von Krampfanfällen gefolgt. Nachdem diese Anfälle 3 Wochen lang täglich wiedergekehrt waren, traten die Anfälle von Gesichtsschmerz wieder ein, aber jetzt ohne von Krampfanfällen gefolgt zu sein. Im weiteren Verlaufe traten abermals Krampfanfälle im Anschluss an den Gesichtsschmerz auf.

Fall 2. 20jähriges Mädchen, hatte vor 2 Jahren einen Zahnabscess, auf welchen eine Contractur der Masseteren folgte. Seit 2 Monaten heftige Gesichtsneuralgie, welche immer Nachmittags eintritt. Der Schmerz beginnt im Hinterkopf, ist von Globusgefühl begleitet und endet häufig mit einem Krampfanfalle. Letzterer tritt aber auch unabhängig von der Neuralgie auf. Die ganze Hautoberfläche, ausgenommen die Occipitalgegend, ist anästhetisch. Einengung des linken Gesichtsfeldes.

Fall 3. 27jährige Frau, hatte mit 19 Jahren hysterische Anfälle mit Globusgefühl. Seit 5—6 Jahren sind an Stelle dieser Anfälle solche von Gesichtsneuralgie getreten. Hyperästhetische Stelle auf dem Scheitel, Einengung beider Gesichtsfelder.

Fall 4. 24jährige Frau, erblich belastet, hat häufig grosse hysterische Anfälle mit Vorwiegen der 4. Periode. Die letzteren werden bisweilen ersetzt durch zu bestimmten Stunden eintretende Anfälle von Gesichtsneuralgie. Das Ausziehen eines cariösen Zahnes bleibt ohne Einfluss auf die Schmerzen. Es ist Anästhesie der linken Gesichtshälfte vorhanden.

Fall 5. 38jährige Frau, erblich belastet, hat seit ihrem 16. Jahre hysterische Krampfanfälle. Dieselben wechseln häufig mit einer heftigen Neuralgie der rechten Gesichtshälfte, welche meistens in den Abendstunden einsetzte. Pat. ist in Folge der Schmerzen Morphinistin geworden. Wurde durch tägliches Hypnotisiren von ihren Schmerzen und vom Morphinismus geheilt.

Das Verhältniss der Sinnesorgane zu den hysterischen Reizerscheinungen ist nicht bei allen Sinnen das nämliche. Sitzt eine hysterogene Zone in der Mund- oder Nasenschleimhaut, so hat dies nur Störungen des Geschmacks und Geruchs zur Folge. Anders wenn das Trommelfell, die Schleimhaut des Mittelohrs oder des Auges der Sitz einer hysterogenen Zone ist. Eine hysterogene Zone des Trommelfells kann das ganze Gehörorgan in Mitleidenschaft ziehen, den Nervenapparat des Labyrinthes, also den N. acusticus und vagus. Dann beginnt der Anfall mit Pfeifen und Sausen in den Ohren (N. acusticus) und hierzu tritt Schwanken, Schwindel bis zum Umfallen, Erbrechen (N. vagus). Das Ganze kann mit Gehirnerscheinungen, wie Angst, Weinen, abschliessen, und man hat dann das Bild einer *Ménière*'schen Krankheit, besonders wenn noch hysterische Taubheit auf der gleichen Seite vorhanden ist.

Eine erblich schwer belastete Kranke litt seit Monaten an Sausen und Pfeifen im rechten Ohre, an Schwanken und Schwindel, mehrmals trat auch Erbrechen auf. Der Schwindel war so stark, dass Pat. umfiel, und zwar immer nach rechts, worauf Hemiparese und Hemianästhesie eintrat.

Digitized by Google

Der Anfall endete fast immer mit Weinen. Die Untersuchung ergab, dass es sich um rein hysterische Symptome handelte.

***Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*,** Das Blut bei Hysterie. — Le progrès méd. No. 7.

Verff. untersuchten das Blut von 10 Hysterischen, welche keine anderen Erscheinungen darboten, als die permanenten Stigmata der Neurose. Das Blut wurde vermittelst Schröpfköpfe entnommen und es war auffallend, dass die Blutung bei allen Kranken weit geringer war, als bei Nicht-Hysterischen. Es wird dies auf einen bei Hysterischen vorhandenen Gefässkrampf zurückgeführt.

Wenn nicht gleichzeitig eine Anämie oder Chlorose besteht, so ist das Verhältniss des Hämoglobins, des Harnstoffes und der Glykose ein normales. Demnach scheint die Ernährung bei der normalen Hysterie nicht gestört zu sein.

***Boinet*,** Zittern, rythmische Zuckungen etc. etc. hysterischer Natur. — Le progrès médical. No. 28, 30.

1. Fall. Ein 32jähriger Schuster leidet seit 10 Jahren an Krampfanfällen, welche nach einem heftigen Schreck auftraten. Nach einem solchen Anfalle stellte sich vor 1 Jahre Zittern des Kopfes von rechts nach links ein, ferner rythmische, grimassirende Zuckungen der linken Gesichtshälfte. Nach einem späteren Anfalle blieb Zittern der linken oberen Extremität zurück, und seit 2 Monaten ist eine Zwangsbewegung der rechten Hand nach den Lippen vorhanden, welche etwa 10 mal in der Minute ausgeführt wird.

Stat. praes. Der Kopf wird beständig von rechts nach links bewegt, der linke M. Sterno-cleido-mastoid. erscheint atrophisch. Anhaltendes Zwinkern der Augenlider, besonders links, Zuckungen in der linken Gesichtshälfte, Zittern und Zucken des linken Vorderarmes und der linken Hand. Rechte obere Extremität zittert nicht in ruhiger Lage. Bei intendirten Bewegungen treten Zwangsbewegungen ein, Pat. greift sich beständig mit der rechten Hand an Nase und Mund. Beim Stehen zittert das linke Bein etwas. Beim Gehen wird Pat. gewaltsam nach vorn getrieben, so dass er sich nach einigen Schritten halten muss, um nicht zu fallen. Dasselbe ist der Fall beim Rückwärtsgehen. Linkseitige Hemianästhesie, Pharynxreflex fast aufgehoben, Gehör links herabgesetzt, linkes Gesichtsfeld eingeengt.

Heilung nach wiederholter Suspension.

2. Fall. 31jähriges immer sehr nervöses Mädchen, hat 24 Jahre nach einer sehr lebhaften Erregung rechtseitige Facialis-Lähmung, welche den orbicul. palpebr. frei lässt und jetzt noch vorhanden ist. Einige Tage vor der Aufnahme heftiger Schreck, nach welchem Pat. 4 Tage aphasisch

Digitized by Google

ist. Am gleichen Tage traten schiessende Schmerzen in den Beinen und im rechten Arme ein, und am Abend wurde der rechte Arm von einem Zittern befallen, welches noch besteht.

Stat. praes. Sobald sich Pat. im Bett bewegt, wird der rechte Arm, welcher bis dahin ruhig lag, von folgenden regelmässigen, sich unaufhörlich wiederholenden Bewegungen befallen: der Arm wird vom Körper wegbewegt und wieder angezogen, die Hand macht beständige Streck- und Beugebewegungen, wobei die halbgebeugten Finger ruhig bleiben. Die Zwangsbewegungen werden im Gehen und Stehen heftiger. Die lancinirenden Schmerzen sind verschwunden, im rechten Vorderarm besteht ein Kältegefühl, der Pharynxreflex ist aufgehoben. Der Arzt fordert die Kranke auf, ihm die Hände mit aller Kraft zu drücken, sieht sie dabei scharf an und sagt ihr, das Zittern werde geheilt sein. Die Kranke bricht in Thränen aus und das Zittern der rechten Hand ist verschwunden.

3. Fall. Eine 32jährige, durch eine Entbindung und zweimonatliches Stillen sehr anämisch gewordene Frau erkrankt an Variola. Im Eruptionsstadium tritt bei mässig hohem Fieber eine Gaumensegellähmung ein. Die Masseteren sind contrahirt, gegen Druck empfindlich. Gleichzeitig besteht 14 Tage lang Lähmung von Blase und Rectum. Im Beginn des Eiterungsstadiums hohes Fieber mit zweitägigen heftigen Delirien, danach entwickelt sich eine Sprachstörung, die Sprache wird langsam, breit, saccadirt und näselnd. Später Abnahme des Gedächtnisses, Benommenheit, unmotivirter Stimmungswechsel. 10 Tage nach Aufhören der Delirien wird Pat. von Zittern des Kopfes und beider oberen Extremitäten befallen, welches nur bei intendirten Bewegungen eintritt, in der Ruhe verschwindet. Der Kopf wird dabei von vorn nach hinten bewegt, es besteht Nystagmus und Parese der unteren Extremitäten. Beim ersten Versuch zu gehen tritt Zittern ein. Einen Monat später apoplectiformer Anfall, zweistündiger Bewusstseinsverlust, auf welchen eine vollständige aber vorübergehende Aphasie folgt.

Zwei Monate nach Beginn der Affection schleudert Pat. beim Gehen die Beine nach rechts und links, tritt mit den Fersen auf. Stürzt beim Gehen zwangsmässig nach vorn, so dass man sie halten muss. Drei Wochen später geht sie mit kleinen Schritten, schleifend, das linke Bein macht dabei Fehltritte, das Zittern nimmt hierbei zu. Gehstörung bei geschlossenen Augen nicht stärker. Patellarreflexe erhöht. Keine lancinirenden Schmerzen, keine Sensibilitätsstörung. 4 Monate später macht sie einige Schritte ohne Zittern, doch tritt dies nach ferneren Anstrengungen wieder ein. Das Zittern der oberen Extremitäten hat abgenommen, die Sprachstörung besteht noch, die psychischen Störungen sind verschwunden. Auch nach einem Jahre waren Zittern und Sprachstörung noch vorhanden. Keine Sehstörung, keine hysterogene Zone. Zur Erklärung des Falles führt Verf. die Ansicht von *Westphal* an, dass es eine Neurose gibt, welche man Pseudosklerose nennen könne, und welche nach ihren Symptomen und ihrem Verlaufe von der multiplen Sklerose nicht zu unterscheiden ist.

Digitized by Google

Guinon, **Ueber die Hysterie in ihrem Verhältnisse zur Chirurgie. — Wien. med. Presse. No. 4, 5, 6, 7.**

Bei der grossen Rolle, welche Verletzungen auf dem Gebiete der Hysterie spielen, ist die Kenntniss der hystero-traumatischen Erscheinungen für den Chirurgen von grösster Wichtigkeit. Man weiss gegenwärtig, dass Verletzungen aller Art bei Männern und Frauen hysterische Erscheinungen herbeiführen können. So entstand in Folge der Anlegung eines Verbandes wegen Knochenbruch eine hysterische Contractur, die Intensität der Verletzung ist hierbei von keiner Bedeutung. Bei Eisenbahnunglücken sind es z. B. gerade die Leichtverletzten, bei welchen hysterische Erscheinungen auftreten.

Es kommen bei einem Trauma in Betracht die Art der Einwirkung desselben, die allgemeine Erschütterung, der Aufregungszustand. Dies zusammen bewirkt bei neuropathischen Individuen den nervösen Shock, welcher zu längerer Bewusstlosigkeit führen kann. Die Kranken grübeln beständig über den Unfall, werden deprimirt, schlafsüchtig, unfähig zur Arbeit. Es stellen sich Kopfschmerz, Ohrensausen, Reizbarkeit ein, der Appetit nimmt ab, der Kranke magert ab und ist Neurastheniker. In anderen Fällen treten Sensibilitätsstörungen ein, Anästhesien, Schmerzpunkte, Störungen der Sinnesorgane; es hat sich eine Hysterie entwickelt.

Die hystero-traumatische Lähmung (psychische Lähmung) entwickelt sich 8—14 Tage nach dem Insult. Der Stoss auf eine Extremität hat eine Art Starrwerden zur Folge, ein Gefühl des Einschlafens, des Verlustes des Gliedes; dies Gefühl wird beim nervösen Shok zu einer fixen Idee, welche sich durch Autosuggestion als Lähmung äussert.

Traumen des Schädels können Erscheinungen zur Folge haben, welche auf eine Meningo-Encephalitis der motorischen Region hinweisen, Starrwerden eines Gliedes und Anfälle von epileptiformen Zuckungen in demselben. Für die hysterische Natur der Affection spricht der neurasthenische Kopfschmerz, welcher gürtelförmig ist, die trotz der häufigen Anfälle nicht abgeschwächte Motilität, das Vorhandensein einer Aura vor den Anfällen, endlich der Nachweis von andern hysterischen Stigmata.

Hystero-traumatische Monoplegie. Dieselbe unterscheidet sich von der rein traumatischen durch das constante Vorhandensein von Anästhesie für Schmerz, für Kalt und Warm, diese Anästhesie zeigt sich am Arm in der Form eines Westenärmels, an der unteren Extremität in der Form einer Hammelskeule. Die Sensibilität der Muskeln und Gelenke ist aufgehoben, ebenso der Muskelsinn. Tritt Atrophie der Muskeln ein, so erreicht dieselbe nie einen hohen Grad und zeigt keine Entartungsreaction. Ausserdem ist natürlich der Nachweis der hysterischen Stigmata wichtig.

Hysterische Coxalgie. Das ganze Glied ist anästhetisch bis zur Hinterbacke und Schenkelfalte (Anaesth. en gigot). Durch Kneipen der Haut wird ein intensiverer Schmerz verursacht, als durch Druck

Digitized by Google

während bei der organischen Coxalgie durch Druck Schmerz in der Tiefe entsteht, die Haut aber bei Druck neutral bleibt. Massage der Hüftgegend kann in einer Sitzung die Contractur und fehlerhafte Stellung des Gliedes beseitigen und bei öfterer Wiederholung dauernd heilen. Die hysterische Coxalgie bleibt stationär, die organische macht Fortschritte zum Schlimmeren.

Hysterisches Knie. Das Knie ist äusserst schmerzhaft, besonders beim Gehen. Das Bein liegt auf der äusseren Seite, halb gebogen, die Grübchen um die Patella sind verstrichen. Es besteht Hauthyperästhesie der Gelenkgegend, während die Haut oberhalb und unterhalb anästhetisch ist. Bisweilen ist Hemianästhesie der gleichen Körperhälfte vorhanden. Entscheidend ist die Untersuchung in der Chloroformnarkose; die Deformität des Knie's, durch Contractur der periarticulären Muskeln bedingt, schwindet alsdann, ebenso die Contractur.

Bei hysterischen Affectionen der kleinen Gelenke ist auf die Art der Schmerzempfindung zu achten (*Brodie*'sches Symptom), die Beweglichkeit der Gelenke in der Chloroformnarkose, auf hysterische Stigmata, Pseudomalum Pottii hystericum. Rein hysterische Rhachialgie kann mit Wirbelcaries verwechselt werden. Bei hysterischen Leiden fehlt jede Deformität. Der Schmerz bei Druck ist nicht fix localisirt, sondern variabel, und sitzt nicht in der Tiefe, sondern in der Haut (*Brodie*'s Symptom). Bei Wirbelcaries macht Druck auf den Schultern Schmerz, bei Rhachialgie nicht (*Wenze*'sches Symptom).

Permanente hysterische Contracturen werden, ausser durch den Nachweis anderweitiger hysterischer Symptome, von ihrem Verhalten in der Chloroformnarkose erkannt.

Nach einer Verletzung, welche eine Fractur und eine schwache Monoplegie des betreffenden Gliedes zur Folge hatte, kann die Anlegung des Verbandes bei neuropathischen Kranken eine dauernde Contractur herbeiführen.

Die Indicationen zu chirurgischen Eingriffen bei traumatischer Hysterie. Wenn nach einer Verletzung eine hysterische Contractur eintritt, so ist die Prognose nicht absolut ungünstig, die Contractur kann noch nach Jahren heilen. So lange noch ein krampfhafter Zustand der Muskeln vorhanden ist, was durch die Chloroformnarkose entschieden wird, hat sich der Chirurg jeden Eingriffes zu enthalten. Die Behandlung besteht in Massage, Elektricität, Suggestion. In einem von *Charcot* beobachteten Falle wurde Nervendehnung vergeblich versucht. Ein Kranker, welcher nach Anlegung eines festen Verbandes eine bleibende Krampfcontractur des Armes mit Muskelatrophie bekommen hatte, verlangte die Amputation.

Bei Hysterischen darf der Chirurg erst eingreifen, wenn es sich um Beseitigung der Ueberbleibsel einer schon verschwundenen Neurose handelt.

Resumé.

1) Das Trauma, welches ein directes Eingreifen des Chirurgen nicht

Digitized by Google

fordert, und welches eine Anzahl chirurgischer Krankheiten hervorruft, kann auch bei disponirten Personen Hysterie und hysterische Erscheinungen zum Vorschein bringen, welche gewissen in das Bereich der externen Pathologie gehörende Krankheiten vortäuschen.

2) Andererseits kann der Chirurg selbst durch zu therapeutischen Zwecken unternommenen Operationen Veranlassung zu hysterischen Affectionen geben.

3) Endlich kann er veranlasst werden, bei Zufällen hysterischer Natur einzugreifen, wobei er nur auf Grundlage genauester Kenntniss der Hysterie sich über die Indicationen und Contraindicationen seines Handelns aufklären kann.

***Guinon* u. *Sophie Waltke*, Ueber den Einfluss der Reizungen der Sinnesorgane auf die Hallucinationen „de la phase passionelle de l'attaque hystérique". — Arch. de Neurologie. Mai.**

Verff. theilen 3 Fälle mit, bei welchen sie versucht haben während des hysterischen Anfalles in der Periode der affectvollen Stellungen die Delirien der Kranken durch verschiedenartige Reizungen von Sinnesorganen zu beeinflussen. Es wurden den Kranken verschieden gefärbte Gläser vorgehalten, es wurde auf den Geruchs- und Geschmackssinn und auf die Hautsensibilität eingewirkt.

In dem ersten der mitgetheilten Fälle lässt sich bei der Mehrzahl der Versuche ein bestimmter Zusammenhang zwischen der Art der Sinnesreizung und den geäusserten Delirien nicht erkennen. Anders in den beiden anderen Fällen.

Bei einem 24jährigen Mädchen riefen die während des hysterischen Anfalles vorgenommenen Reizungen verschiedener Sinnesorgane Hallucinationen und Delirien hervor, welche augenscheinlich durch die Art der Reizung bewirkt wurden. Bemerkenswerth ist, dass die gleiche, nach Wochen und Monaten wieder unter denselben Verhältnissen vorgenommene Reizung, immer wieder die gleiche Hallucination herbeiführte. Ein vorgehaltenes blaues Glas zeigte der Kranken regelmässig das Bild ihrer Mutter am blauen Himmel; ein Stich auf den Leib erweckte die Vorstellung der Laparotomie, Aether das Bild eines Nervenanfalles, Chloroform dasjenige von Contracturen (Pat. hatte wiederholt der Lösung von hysterischen Contracturen in der Chloroformnarkose zugesehen).

Auch in dem 3. Falle riefen noch nach Monaten die verschiedenen Sinnesreize immer das gleiche, entsprechende Bild hervor. Beim Vorhalten eines blauen Glases sah Pat. immer eine Scene in einer Kirche, beim Vorhalten eines rothen Glases eine blutende Wunde, beim Vorhalten eines gelben Glases eine Orangenhändlerin oder eine Dame in gelbem Kleide.

Verff. heben hervor, dass eine ähnliche Beeinflussung der Kranken durch Sinnesreize im cataleptischen Stadium der Hypnose möglich ist und

Digitized by Google

erblicken darin einen weiteren Beweis für den engen Zusammenhang zwischen Hysterie und Hypnotismus.

Verff. schliessen: 1) dass man bei dem Delir der passionellen Phase des hysterischen Anfalles den Gang der Hallucinationen modificiren und neue hervorrufen kann mit Hülfe von verschiedenen, aber einfachen Reizungen von Sinnesorganen; 2) dass diese Hallucinationen immer unabhängig sind von dem Willen des Operateurs und ganz von der Initiative des Kranken abhängen, der sich dem Sinneseindruck anpasst und denselben nach seinem Belieben zu einer seinen Gewohnheiten, seiner Lebensweise und seinen Erinnerungen entsprechenden Hallucination umformt.

***Chervin*, Hysterisches Stottern. Examen des Observations de *M. M. Ballet* et *Pitres*. — Archiv de Neurol. Mai.**

Ch., welcher ein neues Verfahren zur Heilung des Stotterns angegeben hat, sucht nachzuweisen, dass es sich bei den von *Ballet* und *Tissier* mitgetheilten Fällen von hysterischem Stottern (Arch. de Neurol. Juli 1890) überhaupt nicht um Stottern gehandelt habe.

Als Hauptmerkmale des Stotterns stellt er auf: 1) Beginn in der Kindheit, 2) mehr weniger bemerkbare Störungen der Respiration, 3) Intermittenz, 4) völliges Verschwinden beim Singen, 5) völlige Unabhängigkeit von Störungen der sensiblen und motorischen Organe.

Den von *Pitres* (Revue du Laryngologie, December 1890) beschriebenen Fall von hysterischem Stottern erklärt *Ch.* für einen Fall von gewöhnlichem Stottern und bestreitet, dass die Sprachstörung in einem Zusammenhang stehe mit den ausserdem vorhandenen hysterischen Symptomen.

Ballet erwidert auf diese Angriffe, dass es ihm in seiner Arbeit darauf angekommen sei, auf eine bei Hysterischen vorkommende Sprachstörung aufmerksam zu machen, für welche er eine treffendere Bezeichnung als Stottern nicht gefunden habe. Er sei gern bereit, eine andere Bezeichnung für die beschriebene Erscheinung anzunehmen, wenn ihm eine treffendere vorgeschlagen werde.

***Thyssen*, Ueber Astasie-Abasie. — Arch. de Neurol. Januar u. März.**

I. II. Die gegenwärtig als Astasie-Abasie bezeichneten Symptome sind zuerst von *Jaccoud* 1864 beschrieben worden. Seither haben verschiedene vom Verf. einzeln aufgezählte Autoren unter verschiedener Bezeichnung Mittheilungen über den Zustand gemacht. Der Name Astasie-Abasie ist von *Blocq* (1889) eingeführt worden.

III. Verf. theilt folgende eigene Beobachtungen mit:

1. 11jähriges Mädchen, seit 3 Jahren epileptisch, seit derselben Zeit Störung des Gehens; ohne dass Schwindel vorhanden ist kann Pat. nur unter lebhaftem Schwanken gehen und stehen. Dagegen kann sie gut auf einem Beine hüpfen, Seil springen und auf allen Vieren kriechen. Weder

Digitized by Google

Anästhesie noch Coordinationsstörungen an den Beinen. Nach dem epileptischen Anfalle ist Einengung des Gesichtsfeldes vorhanden, ebenso ist das Gehen nach dem Anfalle eine Zeit lang fast normal.

2. 12jähriges, erblich belastetes Mädchen, litt vor einem Jahre an Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen, Rhachialgie. Juli 1888 ungeordnete Bewegungen der Beine, wenn man Pat. aufrecht stellte. Gleichzeitig Krampfanfälle mit Neigung zu allgemeiner Contractur. Im October Bewusstseinsverlust, sobald Pat. ihren Rücken von der Stuhllehne entfernt oder sobald man sie aufrecht stehen lässt. Sobald der Rücken gestützt oder die Kranke horizontal hingelegt wird, kehrt das Bewusstsein wieder. Im Liegen kann sie ihre Beine bei geschlossenen Augen nicht bewegen. Geht in das Wasser und schwimmt ohne das Bewusstsein zu verlieren. Es sind mehrere hysterogene Schmerzpunkte vorhanden, Genesung unter dem Einflusse von Douchen und Isolirung.

3. 19jähriges, erblich belastetes Mädchen, leidet nach Erregungen an Schwächeanfällen. Seit 6 Monaten zunehmende Schwäche der Beine, kann ohne Stütze nicht aufrecht stehen. Seit 3 Tagen choreatische Bewegungen des Gesichtes und des rechten Armes. Muskelkraft links unvermindert. Zurückgelehnt in einem Stuhle kann sie sich ohne Hülfe der Arme nicht gerade richten, wenn sie sitzt vermag sie sich nicht in die aufrechte Stellung zu erheben. Kann ohne Unterstützung nicht aufrecht stehen, schwankt dabei hinüber und herüber. Im Stehen dreht sie sich auf den Fersen, das Stehen wird durch unzweckmässige Bewegungen gehindert. Im Gehen schleppt sie den rechten Fuss (Bewegung der hysterischen Hemiplegie).

4. 26jähriger Mann, war 4 Jahre in Tonking, wo er an Dyssenterie litt. Stat. praes. Nov. 1889: Schmerz in der Lendengegend, Paresis, Dysästhesie der Beine bis zum Knie; fast Incontinentia urinae, gesteigerter Patellarreflex, epileptoides Zittern. Das Gehen wird von da an zunehmend erschwert. Pat. hüpft, als wolle er tanzen. Vom Februar 1890 an ist das Gehen unmöglich, sobald Pat. den Fuss auf den Boden setzt schnellt er in die Höhe. Bis zum Mai wurde das Gehen und Stehen wieder möglich, blieb aber noch hüpfend.

Brissand fügt diesem Falle hinzu, dass der Kranke ausser der saltatorischen Abasie im Januar noch andere Krampferscheinungen darbot. Wenn er im Bett lag, so trat bisweilen ein ähnliches rhythmisches Zittern ein, wie beim Gehen, bald spontan, bald auf Reize. Man brauchte z. B. dem Kranken nur die Bettdecke wegzuziehen und sofort fingen beide Beine an zu zittern.

IV. Aus den verschiedenen Beobachtungen, welche Verf. noch anführt, ergibt sich, dass die Krankheit bald plötzlich und vollentwickelt einsetzt, bald sich nach und nach ausbildet.

V. Das Leiden scheint in jedem Alter auftreten zu können. Die Erblichkeit spielt bei der Entstehung desselben eine wichtige Rolle.

Digitized by Google

VI. Das Wesentliche der Krankheit besteht darin, dass die associirten Handlungen des Gehens und Stehens mehr oder weniger gehindert sind, während im Liegen die Muskelkraft und die Sicherheit der Bewegungen erhalten sind. Die Anomalien traten erst in die Erscheinung, wenn der Kranke gehen oder stehen soll. Beides kann völlig unmöglich sein, dagegen vermag dieselbe Person auf den Knieen zu rutschen, auf Bäume zu steigen, zu schwimmen. Hält man den Kranken, so bewegt er die Beine wie ein Kind, welches laufen lernt. Manche hüpfen wie eine Elster oder hüpfen mit dem Stuhle, auf welchem sie sitzen, andere können nur in sehr grossen Schritten vorwärtskommen. In den meisten Fällen finden sich hysterische Stigmata, doch kann die Affection auch Symptom einer organischen Rückenmarkskrankheit sein.

Blocq unterscheidet drei Formen, je nachdem die Fähigkeit zu gehen und stehen aufgehoben, vermindert oder gestört ist. *Grasset* legt das Hauptgewicht auf die Qualität der Störungen und stellt 3 Typen auf, nämlich Störungen in Folge von Schwäche, in Folge von Incoordination und in Folge von rhythmischen Bewegungen.

Verf. schlägt folgende Modification der *Charcot*'schen Eintheilung vor:

Astasie-Abasie { anfallsweise { paraplegische { zitternde, choreaartige, saltatorische. continuirlich { atactische

Den in einigen Fällen vorhandenen Störungen der Sensibilität an den Beinen misst Verf. keinen engeren Zusammenhang mit der Astasie-Abasie bei, er betrachtet dieselben vielmehr als hysterische Stigmata.

VII. Zur Erklärung der Erscheinung führt Verf. die Theorie von *Charcot* und *Blocq* an. Nach derselben sind für die Bewegungen des Gehens, Stehens, Springens etc. zwei verschiedene aus Zellengruppen bestehende Centren vorhanden, ein corticales und ein spinales, beide durch Commissurfasern verbunden. Die corticale Zellengruppe gibt den bewussten Impuls zur Ausführung oder Hemmung einer Bewegung, sie ist der Sitz des psychologischen Gedächtnisses. Die spinale Gruppe vermittelt die automatischen, unbewussten coordinirten Handlungen und ist der Sitz des organischen Gedächtnisses. Wie wir nun eine Lähmung der Beine durch Schreck kennen, so kann auch die Astasie-Abasie durch Schreck entstehen. Das wäre demnach eine emotive Paralyse, mit welcher sich die Autosuggestion der motorischen Unfähigkeit verbindet. Diese Hemmungswirkung kann sich auf das corticale oder auf das spinale Centrum für das Gehen und Stehen erstrecken.

Binswanger hat von den Fällen von Astasie-Abasie diejenigen ausgeschieden, bei welchen die Störungen des Stehens und Gehens verbunden waren mit Muskelcontractionen, Zittern, Contracturen. Die übrig bleibenden

Digitized by Google

Fälle rechnet *Binswanger* zu den Zwangsvorstellungen und den hypochondrischen Affectionen, und da bei diesen die Einbildung eine grosse Rolle mitspielt, so hält er es für zulässig, die Abasie-Astasie in die Kategorie der hysterischen Symptome einzureihen. Verf. bestreitet die Richtigkeit dieser Auffassung, weil zwischen dem Hypochonder und dem Hysterischen ein sehr wesentlicher Unterschied bestehe. Der Hypochonder concentrire sich ganz auf seinen krankhaften Zustand und sei in Folge dessen der Suggestion unzugänglich. Der Hysterische dagegen kümmert sich nicht um seine krankhaften Störungen und sei daher sehr suggestibel.

Ref. kann nicht umhin, die überaus ungenaue Wiedergabe der deutschen Citate hervorzuheben. Dieselben starren geradezu von Fehlern und enthalten ganz unmögliche Worte. Ich führe folgende Beispiele an: „Stammit aus gering-erblich belastete Familie"; „Jhia" statt Jena; „wrlieg encle" statt vorliegende; „diese beise Falle zeigene"; „linrigen" statt einzigen; „gonza Serte" statt ganze Seite.

Kuznekow, W., P., Ein Fall von Astasie-Abasie. — Wjestnik psych. VIII. Jahrg. H. 1.

Patientin A. K. wurde im Februar 1887 in der Anstalt Allerleidtragenden bei Petersburg mit den Erscheinungen psychischer Erregtheit aufgenommen nachdem sie vorher zu Hause verschiedene Male Selbstmordversuche ausgeführt hatte.

Patientin zur Zeit 26 J. alt, stammt aus einer Familie, in welcher weder Neurosen noch Psychosen beobachtet worden, in der Jugend hat sie 4 Mal an Pneumonie gelitten, zugleich aber war sie immer nervös und eigenartig, schon im 11. Jahre klagte sie oft über heftige kurz andauernde Kopfschmerzen, zu welchen sich im 18. J. noch eben solche Rückenschmerzen, erschwertes Gehen und Stehen, wie auch leichte Ermüdung gesellten. Im 20. Lebensjahre hörte sie ganz auf zu gehen und wurde psychisch leicht erregt, die Sprache undeutlich stotternd und oft minutenlang sprachlos, die Astasie und Abasie aber entwickelte sich immer mehr, so dass Patientin die grösste Zeit nur im Bett verbringen konnte. Nach einem Jahre konnte sie kurze Gehversuche machen, wobei jedoch das Schwanken und Einknicken noch häufig beobachtet wurde, ja Patientin nicht selten hinfiel. Nach 3 Jahren konnte sie bedeutende Strecken zurücklegen, das Schwanken und Zusammenknicken der Füsse wurde nur sehr selten beobachtet. Ausser diesen Erscheinungen waren aber noch alle diejenigen, welche uns das Bild der Hysterie bieten, wie Hyperalgesie, Globus hystericus, Stimmungswechsel.

In diesem bedeutend gebesserten Zustande verliess die Patientin, endlich nach langem Aufenthalte, die Anstalt.

Am Anfange der Abhandlung giebt *K.* einen kurzgefassten und klaren historischen Ueberblick über Astasie und Abasie. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

Yelgersma, G., Moralisches Irresein. — Psychiatrische Bladen, Theil 9 Liefer. 3.

Verfasser versteht unter moralischem Irresein denjenigen krankhaften Zustand, bei dem die ethischen Gefühle nur mangelhaft entwickelt sind, während der Intellect und die übrigen geistigen Kräfte intact sind. Ist dagegen der Intellect noch gering entwickelt, hat man es mit einem gewöhnlichen Schwachsinnigen zu thun. Verfasser geht dann zu der Frage über, ob ein Unterschied zwischen dem Gewohnheitsverbrecher und dem moralisch Irrsinnigen besteht. *v. Krafft-Ebing* gibt als wichtige differentialdiagnostische Momente für Insania moralis an: 1. die Abstammung von geisteskranken, trunksüchtigen oder epileptischen Eltern. 2. Degenerationszeichen, wie sie im allgemeinen bei den Degenerationspsychosen vorkommen und Abnormitäten des Geschlechtslebens. 3. Krankhafte Zustände des vasomotorischen Gebietes (Intoleranz gegen Alkohol und der motorischen (epileptoide Zustände). Diese Momente sind aber nicht zutreffend und es ist vielmehr ein Unterschied zwischen dem angebornen moralischen Irresein und dem chronischen Verbrecher nicht zu constatiren. Da also kein Unterschied zwischen beiden besteht, ist es auch nicht recht, sie verschieden zu behandeln. Der eine fällt dem Richter in die Hände und kommt ins Gefängniss und der andere dem Arzt und kommt in die Irrenanstalt. Verfasser ist der Ansicht, dass auch der moralisch Irrsinnige nicht in die Irrenanstalt gehört, denn er ist eine gefährliche Person, der die Unzufriedenen aufstacheln und sie zu allerlei unrechten Handlungen bewegen wird. Der Verbleib eines moralisch Irrsinnigen in einer Irrenanstalt lässt sich nur durch Utilitätsgründe rechtfertigen; Rücksicht auf die Familie und die Umgebung. Die Frage der Behandlung der moralisch Irrsinnigen geht nicht ausschliesslich den Arzt, sondern auch den Richter an. Der Staat muss dafür sorgen, dass Institute errichtet werden, in denen moralisch defecte Kinder behandelt werden, damit sie selbst sich bessern und damit die Gemeinschaft vor Schaden bewahrt wird. *Serger.*

---

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig.

Demme, Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. — Rede zur Feier des 56. Stiftungstages der Universität Bern am 22. Nov. 1890. Stuttgart 1891. 88 Seiten.

Durch jahrelange eingehende Beobachtungen über die Lebensgewohnheiten der Kinderbevölkerung mit Rücksicht auf den regelmässigen Genuss geistiger Getränke ist *D.* „zu der Ueberzeugung gelangt, dass den Kindern

Digitized by Google

der Armen durch den Branntwein — den Kindern der Wohlhabenden durch den täglichen Wein- und Bier-Genuss Schaden zugefügt und ihre Gesundheit in einzelnen Fällen auf das Ernsteste bedroht und untergraben wird". Nicht nur in dem Lande, aus welchem die Beobachtungen des Verf. entnommen sind, in der Schweiz, auch in Deutschland gibt es Gegenden, wo die ärmere Bevölkerung, um das Ungenügende ihrer Nahrung bei schwerer Arbeit weniger fühlbar werden zu lassen und in der irrthümlichen Ansicht den Nahrungsdefect zu decken, zum Branntwein greift und natürlich auch den Kindern, die bei der Arbeit helfen, ihre tägliche Ration Branntwein zumisst. So wird „der Branntwein der unzertrennliche Gefährte eines grossen Theiles der Jugend" der armen Bevölkerungsklasse. Die weit verbreitete falsche Auffassung, der Alkohol sei ein Stärkungsmittel, hat dazu geführt, dass auch in den wohlhabenden Kreisen der Alkohol in der Form von Wein und Bier oder selbst Cognak täglich den Kindern verabreicht wird und diese nicht aus dem regelmässigen Genusse alkoholischer Getränke herauskommen.

So werthvolle Heilwirkungen unter bestimmten Bedingungen und unter Aufsicht des Arztes beim kranken Kinde in Fällen, wo es sich um raschen Kräfteverfall und plötzlich auftretende Herzschwäche handelt oder wo es bei gänzlichem Darniederliegen der Ernährung auf ein Sparmittel für den Verbrauch der Gewebe ankommt, der Alkohol haben kann, ebenso unnöthig und gefahrbringend ist er für das gesunde Kind; es ist, wie *Nothnagel* auf dem VII. Congress für innere Medicin sich ausdrückte, ein „Krebsschaden unserer Zeit, dass man den kleinen Kindern vom 2. bis 3. Lebensjahre an bei Tisch Wein und Bier verabreicht". Selbst der chemisch reine Aethylalkohol ist vom pharmakologischen Standpunkte aus als Gift für den menschlichen Organismus zu bezeichnen und es liegt auf der Hand, dass die toxische Wirkung des Alkohols auf den in seinem Wachsthum noch nicht abgeschlossenen Organismus des Kindes, besonders auf die grade im Kindesalter zarten und empfindlichen Nervenelemente, noch unheilvoller zu Tage tritt, als bei Erwachsenen. So äussert sich das erste Stadium der acuten Alkoholvergiftung, des Rausches, das Stadium der Aufregung bei Kindern durch grosse, bis zu klonischen und tonischen allgemeinen Muskelkrämpfen sich steigernde Muskelunruhe und Empfindlichkeit gegen äussere Reize, während das 2. Stadium, das der Erschlaffung, sich zu einem halben bis ganzen Tage andauernden comatösen Schlaf steigern kann. Der fortgesetzte und reichliche Alkoholgenuss führt bei den Kindern nicht nur zur Leberschrumpfung und zum Zurückbleiben des Längenwachsthums, sondern auch, selbst bei nicht erblich belasteten Kindern zur Epilepsie und Chorea.

Von grösserer Tragweite aber ist, dass der Alkoholmissbrauch auf das jugendliche Individuum seinen, die sittliche Kraft und die Moralität lähmenden Einfluss ausübt und so die traurigen Existenzen zeitigt, die ohne Willensenergie ihren Leidenschaften und Ausschweifungen freie Hand lassen

Digitized by Google

und schliesslich elend zu Grunde gehen. Es ist gewiss kein Zufall, dass die „früh nervös gewordenen Schüler“ zum grossen Theil solche sind, denen von Kindheit an regelmässig Alkohol „zur Stärkung“ gegeben wurde, und in dieser Hinsicht ist ein Experiment äusserst interessant, welches zwei Männer mit ihren zwischen 10 und 15 Jahren stehenden Knaben anstellten, um zu sehen, ob mässiger Weingenuss die Arbeitsenergie der Letzteren in Schule und Haus steigere oder aber herabsetze. Der Wein, leichter Tischwein, wurde den Knaben je nach dem Alter in Quantitäten von 70 bis 100 g mit Wasser gemischt bei der Mittags- und Abendsmahlzeit gereicht, wobei im Laufe von $1^1/_2$ Jahren mehrere Monate des Weingenusses mit solchen der Abstinenz unter möglichst gleichmässiger Berücksichtigung der Jahreszeiten abwechselten. Der Erfolg war der, „dass die Knaben während der Perioden des Weingenusses den Eltern matter, schläfriger, weniger zur geistigen Arbeit aufgelegt erschienen und dass namentlich der Schlaf unruhiger, häufiger unterbrochen und deshalb weniger ausruhend und erquickend war. Zweien dieser Knaben waren die genannten Erscheinungen so auffällig und lästig, dass sie ganz aus freien Stücken ihre Eltern darum baten, mit Wein verschont zu werden.“ —

Trunksucht der Eltern schädigt die Lebensfähigkeit und Gesundheit ihrer Nachkommen in erheblicher Weise und kann namentlich auf dieselben erblich übertragen werden, besonders in der Form der Dipsomanie. *D.*, dem die Angaben über die Depravation des Volkes durch Alkoholmissbrauch und über die grosse Sterblichkeit und die beträchtliche Zahl von Nervenkrankheiten unter den Kindern der Alkoholiker übertrieben und zu unbestimmt erschienen, stellte selbst Forschungen an, indem er einerseits 10 Trinkerfamilien und andererseits 10 nüchterne Familien auf die Schicksale der Kinder prüfte, und fand dabei Folgendes:

Von 57 Kindern der Trinkerfamilien starben 25 in den ersten Lebensmonaten an Lebensschwäche, zum Theil unter eklamptischen Zufällen, 6 waren Idioten, 5 blieben im Längenwachsthum zurück, 5 wurden im fortgeschrittenen Kindesalter epileptisch, 1 Knabe erkrankte an schwerem, schliesslich zu Idiotismus führendem Veitstanz, bei 5 Kindern bestanden angeborene Erkrankungen (Hydrocephalus, Hasenscharte, Klumpfuss), 2 der epileptischen Kinder waren selbst dem Alkoholgenuss ergeben — also waren von 57 Kindern nur 10 oder 17,5 pCt. in den Jugendjahren normal.

Von den 61 Kindern der mässigen Familien starben nur 5 an Lebensschwäche, 4 litten an heilbaren Affectionen des Nervensystems und 2 boten angeborene Defecte dar — die übrigen 50 oder 81,9 pCt. waren normal beanlagt und entwickelten sich normal.

Die Schlussfolgerungen aus diesen beiden Reihen ergeben sich von selbst.

Man muss *D.* vollständig beistimmen, wenn er dem Arzte die Pflicht auferlegt, Arm und Reich über die Gefahren, die dem Kindesalter durch den frühzeitigen Genuss alkoholischer Getränke drohen, aufzuklären und

Digitized by Google

mitzuwirken, dass die alkoholischen Getränke als Genussmittel vom Kinde ferngehalten werden. Denn „wenn die Jugend sich in der für ihre spätere Zukunft wichtigsten Periode der Entwicklung des Genusses alkoholischer Getränke enthält, so wird sie körperlich und geistig frischer, im Streben nach den idealen Gütern der Menschheit heranwachsen. So wird sie sich auch die sittliche Kraft und Charakterstärke erwerben, um, zur männlichen Reife gelangt, ohne äusseren Zwang in jedem Genusse, auch in demjenigen der geistigen Getränke, das richtige, des freien Menschen würdige Maass zu halten."

Kahlbaum, **Ein internationaler Vorschlag zur rationellen Behandlung der Dipsomanie. Vortrag gehalten in der Section für Neurologie und Psychiatrie des X. intern. med. Congresses in Berlin. — Wiener medicin. Wochenschr. No. 28 u. 29.**

Der Lösung der schwierigen Frage der Unterbringung von Gewohnheitstrinkern sucht *K.* in Anbetracht, dass der zeitlich immer knapp bemessene Aufenthalt in den Irrenanstalten und Trinkerasylen keine dauernde Abgewöhnung des Alkohols und somit keine Gesunderhaltung herbeizuführen im Stande ist, auf internationalem Wege näher zu kommen; er will den unglücklichen Potatoren eine Welt ohne Alkohol schaffen und schlägt dazu vor, „dass von einer entsprechenden Genossenschaft von Aerzten und reichen Leuten eine Insel vollständig aufgekauft und für den Zweck organisirt werden könnte, ein Heim zu bilden für Unglückliche, welche sich nicht nur des Alkoholgenusses für einige Zeit zu enthalten beabsichtigen, sondern welche Gelegenheit haben wollen, ohne in die Gefahr des Alkoholgenusses zu kommen, ein völlig lobenswerthes Leben führen zu können, wo sie die Möglichkeit haben, Berufsarbeiten nachzugehen und die Freuden des Lebens zu geniessen, welche ohne Alkoholgenuss doch noch in weiterem Umfange möglich sind". Auf dieser Temperenzinsel, die *K.* für das Land der Erlösung unserer unglücklichen Alkoholisten erklären möchte, müsste die Produktion und Einfuhr von Alkohol gesetzlich ausgeschlossen sein. Abgesehen von der Unfähigkeit, sich Alkohol zu verschaffen und die Insel ohne Weiteres zu verlassen, könnte der Kranke seine volle Freiheit behalten, er könnte eventuell mit seiner ganzen Familie auf der Insel wohnen und ruhig in seinem Berufe thätig sein oder, wenn Letzteres nicht möglich wäre, sich an eine andere Thätigkeit, vor Allem die in der praktischen Landwirthschaft gewöhnen. Alkoholkranke Aerzte würden in der Inselanstalt auch nicht fehlen und diese könnten unter der Leitung eines alkoholgesunden Arztes ohne Gefahr ihrem Berufe nachgehen.

Die Hauptschwierigkeit in der Ausführung seines Gedankens findet *K.* in der Geldfrage, die allerdings bedingt, dass zunächst nur an die Betheiligung ganz reicher Leute, deren es auf der ganzen Welt ja aber genug gibt, gedacht werden kann; später würde dann auch für Unbemittelte, die als Diener, Handwerker etc. thätig sein könnten, gesorgt werden.

Digitized by Google

Koschewnikow, A. (Moskau), **Alkoholparalyse. Paralysis alcoholica. — Wjestnik psych. VIII. Jahrg. H. 2.**

Aus seiner reichen Erfahrung führt *K.* fünf Fälle ausführlich an, und zwar solche die mit Tod abgegangen waren und wo eine genaue und ausführliche Autopsie gemacht worden war. In den letzten Jahren wurden derartige Fälle häufiger als vordem beobachtet. Die fünf mitgetheilten Beobachtungen sind in Bezug auf Aetiologie, klinische Erscheinungen und anatomo-pathologische Befunde so ausserordentlich ähnlich, dass auch nicht der geringste Zweifel aufkommen kann, dass sie eine und dieselbe krankhafte Form darstellen. Als Beispiel Beobachtung 1. Eisenbahnbeamter, 45 Jahre alt, langjähriger Abusus spirit. früher Delirium trem., langsames Auftreten paralytischer Erscheinungen. Bei der Aufnahme in die Klinik: bedeutende Störungen der psychischen Thätigkeit (Schwachsinn mit Hallucinationen und Illusionen), Paralyse der unteren und Parese und Ataxie der oberen Extremitäten; Herzthätigkeit verringert, blutiges Erbrechen; rasch eintretender Verfall und Tod. Beginnende Entartung der Muskelfasern; deutlich ausgesprochene Neuritis multiplex parenchymatosa der unteren Extremitäten und des N. vagus; Anschwellung der Axencylinder im Rückenmark; atrophische Veränderungen der Hirnrinde; fettige Entartung des Herzens und Cyrrhosis hepatis.

Das allgemeine Resultat lässt sich folgendermaassen wiedergeben. Das klinische Bild der Paralysis alcoholica charakterisirt sich durch bedeutende psychische Störungen – Bewusstseinsstörungen, Umnebelungs-, Dämmerungs-Zustände und sichtbare Gedächtnissschwäche — und Paralysen. Letztere befallen vorzüglich die unteren Extremitäten häufiger als die oberen, zudem stärker in Theilen des Körpers, welche weiter von den Centren entfernt liegen; die Extensores werden früher und stärker als die Flexores befallen. Diese Paralysen entwickeln sich langsam und tragen den Charakter peripherischer Lähmung an sich.

Bei der alkoholischen Paralyse finden sich pathologische Veränderungen sowohl im Gehirn und Rückenmark, wie auch in den peripheren Nerven. In den letzteren sind diese Veränderungen am ausgesprochensten und vorzüglich fast ausschliesslich in der Gestalt der Neuritis parenchymatosa multiplex, und besitzen eine grosse Aehnlichkeit mit der *Waller*'schen Nervendegeneration, bisweilen jedoch beobachtet man auch periaxillare Neuritis im Sinne *Gombault*'s. Die Rückenmarksveränderungen sind weniger constant, und in verschiedenen Fällen verschieden, bisweilen parenchymatös, Vacuolisation der Zellen, Anschwellung der Axencylinder; oder auch tragen sie interstitielle Eigenschaften. Im Grosshirn finden sich die Veränderungen vorzüglich in der Rinde und unterscheiden sich nur wenig oder garnicht von den bei chronischem Alkoholismus gefundenen Veränderungen. Alle diese anatomischen Veränderungen des Nervensystems sind ganz selbstständig und vollkommen unabhängig von einander, und verdanken ihr Ent-

Digitized by Google

stehen nur einzig und allein dem Alkohol. Die anatomische Grundlage der klinischen Krankheitsform, die wir unter dem Namen der Alkoholparalyse kennen, ist die Neuritis multiplex. Die Grade der Krankheit und ihre Gefährlichkeit hängt von dem Grade und der Ausbreitung der Neuritis multiplex ab und weiter von dem Grade der Erkrankung verschiedener innerer Organe, ganz besonders aber des Herzens. *A. v. Rothe.*

Das Asyl für Trunksüchtige zu Hooghulle. — Psychiatrische Bladen, Theil 9 Liefer. 1.

Am ersten Februar 1891 wurde das Asyl für Trunksüchtige eröffnet. Hooghulle ist ein Landgut von 1,33 ar, zu dem noch 2,09 ar zugekauft oder gepachtet werden sollen an der Strasse von Assen nach Groningen. Die Gebäude bestehen aus einem Wohnhaus, einem Stall und einer Wagenremise, welche letztere beide zu Werkstätten umgebaut sind. Das Wohngebäude ist mit allen hygienischen Vorrichtungen (Bäder, Wasserfilter, Ventilation u. s w.) versehen. Vor allem sollen die Kranken mit Land- und Gartenbau beschäftigt werden. An der Spitze steht ein ärztlicher Leiter, dem ein Oekonom und das übrige Dienstpersonal untergeordnet sind. Die Pflegegelder sind so niedrig als möglich gestellt. *Serger.*

***Watson*, Ueber Opiumsucht, ihre Wirkungen, Nothwendigkeit einer Gesetzgebung und Behandlung. — Journal of nerv. and ment. sc. Juni. S. 338.**

Verf. beklagt den in den Vereinigten Staaten geduldeten Unfug, dass Charlatane und Betrüger Opiumsüchtige in Behandlung nehmen und durch schädliche oder doch unwirksame Mittel ausbeuten und findet es unbegreiflich, dass christliche Zeitungen durch Aufnahme von Anpreisungen solcher Mittel den Betrug unterstützen. Er verlangt dagegen energisch Abhülfe auf dem Wege der Strafgesetzgebung. Dadurch, dass der Congress das Pfund Opium mit 10 Dollar Zoll belegte, in der Hoffnung, damit eine Abnahme im Verbrauch der Drogue zu bewirken, sei nur der Schmuggel ungeheuer gefördert worden und man schätze, dass im Jahre 1889 allein über 800000 Pfund Opium in die Vereinigten Staaten eingeschmuggelt wurden. Doch sei diese Zahl sicherlich noch viel zu niedrig gegriffen. Betreffend die Folgen des Opiummissbrauchs erfahren wir vom Verf. nichts Neues; bei der Diagnose empfiehlt er die Untersuchung des Urins, der Nachweis von Morphin in demselben dient sowohl zur Erkennung der Opiumsucht unter Verzicht auf das Geständniss des Kranken wie auch zur Controlle des letzteren während der Behandlung. Er verwirft die plötzliche Entziehung des Opiums wegen der Gefahren für Körper und Geist, sowie wegen der Möglichkeit des Selbstmordes und des Collapses und findet dies Verfahren grausam und barbarisch; er ist mehr für eine rasche aber nicht plötzliche

Digitized by Google

Entziehung unter gleichzeitiger Anwendung von Bromkali, am meisten jedoch befürwortet er die stufenweise Entwöhnung, die ihm auch logisch als die beste Behandlungsart erscheint, da ja der Missbrauch ebenfalls gradweise sich entwickele. Bei Besprechung der symptomatischen Behandlung rühmt er den Nutzen des Sulfonals bei Schlaflosigkeit, die nicht durch Schmerzen bedingt ist. Die Behandlung Opiumsüchtiger soll von einem sachverständigen Arzt am besten in einer Specialanstalt durchgeführt werden. *Gottlob.*

Reichert, Ueber die Wirkung des Cocains auf das Gefässsystem. — American Lancet. Mai. S. 161.

13 Experimente an zum Theil normalen, zum Theil leicht curarisirten Hunden mit und ohne Durchschneidung der Vagi und des Rückenmarkes. *R.* kommt zu folgenden Schlüssen: Die abweichenden und sich widersprechenden Ergebnisse früherer Untersucher resultiren aus der Verschiedenheit der angewandten Dosen des Alkaloids und aus der individuell verschiedenen Empfänglichkeit der Versuchsthiere für dasselbe. Die kleinste tödtliche Dosis einer 1 proc. Cocainlösung intravenös (äussere Ingularvene) injicirt, variirt von 0,004—0,03 g auf das Kilo Körpergewicht; die Dosis, welche bei dem einen Thier sich als mittlere erweist, kann für ein anderes von demselben Gewicht die Bedeutung einer kleinen oder grossen haben. Wenn man die Cocainwirkung durch wiederholte Injectionen sehr kleiner Gaben (0,001 g pro Kilo Körpergewicht) sich allmälig entwickeln lässt, so nimmt die Pulszahl anfangs ab, dann zu, endlich wieder ab. Eine einmalige sehr kleine Dosis bewirkt eine Verminderung, eine kleine bis mittlere Dosis Steigerung, eine grosse Dosis eine vorübergehende Abnahme und dann Zunahme, eine sehr grosse Dosis dauernde Abnahme der Pulszahl. Die anfängliche Abnahme beruht auf einer Steigerung der Hemmungscentren des Herzens, die spätere Zunahme auf einer Depression derselben und die finale Abnahme auf einer Depression entweder der Acceleratoren oder der automatischen Centren des Herzens. Die Höhe der Pulscurven während dieser Veränderungen steht in umgekehrtem Verhältniss zu der Frequenz des Pulsschlages. Der arterielle Druck ist stets gesteigert, nur nach grossen Dosen zeigt sich eine zeitweise Verringerung mit folgender Steigerung, und nach sehr grossen Dosen ein dauerndes Sinken. Die Drucksteigerung ist vornehmlich bedingt durch Reizung der vasomotorischen Centren in der Medulla oblongata, leichte directe Reizung der Gefässwände und Beschleunigung des Pulses. Die finale Druckabnahme hängt von der Depression des Herzens und zum Theil der Vasomotoren ab. Die Cocainwirkung ist bei normalen und curarisirten Hunden die gleiche, ausgenommen wenn zu viel Curare angewandt wurde. Cocain wirkt auf die Circulation entschieden anregend.

Gottlob.

Digitized by Google

Chauveau, Die Verhütung der Hundswuth. — Annales d'hygiène publique. Juni, p. 502.

Die Hundswuth tritt in Frankreich immer noch in erschreckender Weise auf, im Jahre 1889 zählte man 2567 wuthkranke Hunde und Katzen, eine enorme Zahl, die aber um ein Beträchtliches hinter der Wirklichkeit zurückbleibt. Die Zahl derer, die in dem *Pasteur*'schen Institut Heilung suchen, beläuft sich auf jährlich 1700 bis 1900 Menschen.

Abhülfe lässt sich, wie dies auch in anderen Ländern mit dem Erfolge des stetigen Abnehmens der Hundswuth bis zum völligen Verschwinden bereits geschehen ist, nur durch energische Handhabung der vorhandenen gesetzlichen Bestimmungen schaffen. Schon früher hatte *Ch.* auf diesen einzigen Ausweg hingewiesen und er thut dies wiederum im Anschluss an ein durch die Akademie der Medicin veranlasstes Schreiben des Unterrichtsministers an den Minister des Innern, in welchem es als besonders wünschenswerth erklärt wird, dass die Polizeibehörden mit Strenge auf die Ausführung der betreffenden Vorschriften sehen und nicht, wie dies vielfach geschehen, jedes Jahr mehrere Monate die Ausführung aussetzen sollen.

Spencer, W. G., Tod eines Kindes an Hundswuth zwei Jahre und vier Monate nach dem Biss von einem wüthenden Hunde. — The British Journal, 7. Febr., p. 277.

Ein $5^1/_2$ Jahre altes Kind wurde am 25. August 1888 von einem Hunde in die rechte nackte Kniekehle gebissen und erkrankte erst am 24. December 1890 nach Schreck durch Zank Betrunkener unter den deutlichen Erscheinungen der Hundswuth, die dann in etwas mehr als 12 Stunden zum Tode führte.

Abgesehen von der langen Incubationsdauer bietet der Fall kein Interesse.

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Sollier, Paul, Psychologie de l'idiot et de l'imbécille. — Paris 1891.

Sollier, Paul, Der Idiot und der Imbecille. — Ins Deutsche übersetzt von Dr. ***Paul Brie,*** mit einem Vorwort von *C. Pelman.* Hamburg u. Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1891.

In umfassender und erschöpfender Weise hat der Verf. die Aufgabe gelöst, die er sich stellte, das psychische Verhalten der Idioten in monographischer Weise zu behandeln. Idiotie ist nach *S.* Definition „eine chronische Affection des Gehirns, die eine oft bis zur Aufhebung führende

Digitized by Google

Störung der intellectuellen, sensiblen und motorischen Functionen zur Folge hat und die durch die Thatsache ihr charakteristisches Gepräge erhält, dass sie im kindlichen Alter auftritt".

Als Unterabtheilungen — für die psychol. Betrachtung — werden aufgeführt: Vollständige Idiotie, einfache Idiotie, Schwachsinn. Das Wesentliche des psychischen Defectes bei der Idiotie liegt in der mangelhaften Entwickelung der Aufmerksamkeit, die sich, entsprechend den verschiedenen Abstufungen der Idiotie, als völliger Mangel, als Schwäche und als Unbeständigkeit äussert.

Gegen die Behauptung, dass mangelhafter Wille das Wesentliche bei der Idiotie sei, kämpft *S.* mit Recht an. Doch liesse sich dagegen einwenden, dass die „Aufmerksamkeit schon ein sehr complicirter Akt ist und namentlich, dass sie der wesentlichste Ausdruck der Function ist, die wir als Willen bezeichnen. So nähert sich *S.* thatsächlich der von ihm bekämpften Ansicht über die fundamentale Bedeutung der Willensstörung bei Idiotie. Doch muss anerkannt werden, dass die Eintheilung nach den Graden der Aufmerksamkeit vom praktisch pädagogischen Standpunkt aus, grosse Vortheile bietet.

Als erste und wesentliche Quelle für das Vorstellungsleben werden die sinnlichen Wahrnehmungen der Idioten besprochen: Mangelhafte Aufnahme und Verwerthung sinnlicher Eindrücke macht sich bei ihnen schon in der ersten Lebenszeit geltend.

Von den einzelnen Ausführungen dieses Capitels möge die eigenthümliche Anomalie des Tastsinns erwähnt werden, die darin besteht, dass manche Idioten das Bedürfniss zeigen, einen auf einer Seite empfundenen Eindruck auch auf einer specifischen Stelle der anderen Seite wahrzunehmen. An einer Stelle berührt betasten sie sich sofort auf der entsprechenden Stelle der anderen Körperhälfte, ja ein Idiot, dem ein Spaten sehr heftig auf das rechte Bein gefallen war, liess ihn sofort mit derselben Intensität aufs linke fallen.

Für das motorische Verhalten der Idioten ist die Schwierigkeit charakteristisch, mit welcher das Erlernen irgend feiner coordinirter Bewegungen verbunden ist.

Zur Besserung der sinnlichen Wahrnehmungen wie der motorischen Störungen kann systematische Unterweisung mit Erfolg eingreifen.

Ein besonderes Capitel wird „der Aufmerksamkeit" gewidmet und namentlich nachgewiesen, wie die Möglichkeit der Erziehung, des Unterrichts ja die ganze sociale Stellung von dieser Fähigkeit abhängt.

Von den Instincten ist der Nahrungstrieb am meisten entwickelt, bei tiefstehenden Idioten oft der einzige, der einen motorischen Akt auslöst. Der Geschlechtstrieb ist häufig pervers, der Nachahmungstrieb keineswegs so stark ausgebildet, wie häufig angenommen wird. Besonders charakteristisch ist die geringe Fähigkeit zu spielen; nur die kretinoiden Idioten machen hiervon eine Ausnahme.

Digitized by Google

In besonderen Capiteln wird dann noch das Gefühlsleben, die Sprache, die Intelligenz im engeren Sinne, schliesslich der Wille, die Persönlichkeit und die Verantwortlichkeit der Idioten und Schwachsinnigen besprochen.

In dem Capitel „Sprache" tritt Verf. mit Recht gegen den Versuch auf, auf Grund der Sprachstörungen eine Eintheilung der Idiotie zu begründen. Keineswegs zeigt die Sprache der Idioten regelmässig eine der Intelligenz entsprechende Störung; gehemmt ist die Erlernung des Sprechens bei allen; häufig genug zeigt sich schon eine Abnormität in den ersten Lautäusserungen des Idioten, welche in rauhem, keinen bestimmten Affect verrathenden Geschrei bestehen.

Die sämmtlichen Capitel, die sich der Natur der Sache nach zu einer referirenden Darstellung weniger eignen, enthalten eine Menge feiner Beobachtungen, wie sie nur der zu bieten vermag, der persönliche genaueste Erfahrungen über das Leben und Treiben, Fühlen und Denken dieser Klasse von Kranken gemacht hat.

Doch können wir nicht unerwähnt lassen, dass *S.* in einigen Punkten mehr principieller Natur wohl auf Widerspruch stossen wird: durch das ganze Werk durch hält *S.* einen scharfen Unterschied zwischen Idioten und Imbecillen (Blödsinnigen und Schwachsinnigen) aufrecht; ich glaube nicht, dass diese scharfe Trennung dem wirklichen Sachverhalt entspricht. Zwischen beiden finden sich eine Menge fliessender Uebergänge und ich muss — im Widerspruch zu *S.* — dabei verharren, dass man dem Verständniss dieser einzelnen Formen am ehesten dann gerecht wird, wenn man sie mit den einzelnen Etappen normaler kindlicher Entwickelung in Parallele stellt, wie dies z. B. in *Schüle*'s Klin. Psychiatrie durchgeführt ist. Für wohlbegründet halte ich auch die von *Sollier* angefochtene Unterscheidung des erethischen und anergetischen Schwachsinns, welche den 2 fundamentalen zur psychischen Schwäche führenden Anomalien im Vorstellungsleben entspricht. Thatsächlich beruht auch die Eintheilung der Defecte der Aufmerksamkeit, die S. aufstellt, in völligem Mangel und Schwäche einerseits, und Unbeständigkeit andererseits auf der Annahme jener beiden Grundformen psychischer Schwäche.

Diese Abweichungen vom Standpunkte des Verfassers können den Ref. nicht abhalten S.'s Werk für die beste Monographie über die Psychologie der Idiotie zu erklären, das namentlich auch für die praktischen Aufgaben der Erziehung und Behandlung der Idioten eine ausgezeichnete Grundlage bietet.

Mit grossem Dank ist deshalb auch die deutsche Uebersetzung von *Brie* zu begrüssen.

Römer, J., Ueber psychopathische Minderwerthigkeiten des Säuglingsalters. — Vortrag gehalten im Stuttg. ärztl. Verein.

Verf. macht in der vorliegenden Arbeit den gewiss dankenswerthen Versuch, die krankhaften Erscheinungen seitens des Nervensystems und

Digitized by Google

des psychischen Verhaltens in der frühesten Kindheit im Zusammenhang darzustellen. Als Grundlage für das Studium der pathologischen Verhältnisse dient dem Verf. *Preyer*'s Werk „Die Seele des Kindes".

Von Anomalien in der Entwickelung der Sinnesthätigkeit werden erwähnt nystagmusartige Bewegungen oder eigentlicher Nystagmus. Für Idioten ist charakteristisch, dass die Fähigkeit zu fixiren sich erst sehr spät entwickelt. Die Reaction auf Schalleindrücke ist bei nervösen Kindern häufig eine excessive. Erfolgt bei einem 4wöchigen, rechtzeitig geborenen Kind auf starke Schallerzeugung keine motorische Reaction, so ist der Verdacht, dass es taubstumm bleibt, nahe liegend.

Pathologische Zustände in den Gefühlsäusserungen können sich zeigen als eine bis zu „maniakalischer Erregung" führende Steigerung der Lustgefühle, meist gefolgt von sehr unruhigem Schlaf. Verminderung der Lustgefühle findet sich bei Idioten, und als Aeusserung perverser Sensationen sind onanistische Bewegungen der Säuglinge aufzufassen.

Unter den Unlustgefühlen, die häufig eine pathologische Steigerung erfahren, spielen die verschiedenartigen Angstzustände, die beim Baden, beim Alleinsein, beim Erscheinen von Fremden etc. auftreten, die erste Rolle. Verf. führt des Näheren aus, wie solche oft bedrohlich erscheinende, in ihrem Wesen von der Umgebung vielfach verkannte Zustände, durch recht unscheinbare Vorkommnisse, starke Geräusche, kleines Unwohlsein etc. herbeigeführt und durch Beseitigung dieser ursächlichen Momente gehoben werden können.

Die Entwicklung des motorischen Verhaltens, des Willens, kann eine pathologisch frühe sein, und sich äussern beispielsweise in einer sehr frühzeitigen Ausführung gewollter Bewegungen. Zu diesen motorischen Störungen gehört auch die ganze Gruppe eklamptischer Zustände, „die Gichter", ferner die Steigerung der Reflexerregbarkeit.

Reine Verminderung der Erregbarkeit ist selten, gewöhnlich handelt es sich um eine Combination von Hemmungs- und Erregungszuständen.

Auch in der „Verstandesentwicklung" im engeren Sinne zeigen sich die Störungen als Hemmung und abnorme Beschleunigung. Ein monatelanger Stillstand in der Entwicklung kann gelegentlich einmal vorkommen, ohne dass man die Hoffnung auf schliessliches normales Verhalten aufgeben darf. Nicht selten ist nach dem Verf. eine unverhältnissmässige Beschleunigung in Entwickelung musikalischer Fähigkeiten, ohne dass dies eine Gefährdung der Entwickelung bedeutet. Nach den Erfahrungen des Ref. ist ein unproportionirtes Hervortreten des Musiksinnes im frühen Kindesalter stets sehr bedenklich.

Das, was man als Individualität bezeichnet, lässt sich oft schon in der Mitte oder am Ende des 1. Lebensjahres erkennen. „Die beharrliche Grundstimmung einer stillen, glücklichen Befriedigung und des allmälig zunehmenden Interesses bietet die sicherste Gewähr für den normalen Gang der geistigen Entwickelung." Neuropathische Constitution, angeborene

Digitized by Google

oder erworbene, zeigt sich auch in der grossen Schwierigkeit, die Kinder in ihren körperlichen Functionen an Ordnung und Regelmässigkeit zu gewöhnen.

Die Diagnose zwischen erworbenen oder angeborenen neuropathischen Störungen erhebt sich häufig daraus, ob die Anomalien auf eine zweckmässige Hygiene hin verschwinden oder nicht. Verf. bespricht dann die einzelnen hieher gehörigen Factoren: Verhalten der Kinder beim Baden, beim Austragen in die frische Luft etc.

Bei Behandlung neuropathischer Zustände kommen alle die Grundsätze in Betracht, welche für rationelle Pflege der Kinder überhaupt gelten. Dabei warnt Verf. vor dem Fehler, der häufig dadurch begangen wird, dass man sog. „Erziehungsgrundsätze" ohne Individualisirung in schablonenhafter und brüsker Weise durchführen will.

Römer's Arbeit wird abgesehen von der Menge interessanter Beobachtungen, die er in der Arbeit bietet, den Werth haben, zu weiteren Forschungen auf diesem Gebiet anzuregen, zu denen Hausärzte, die Aerzte an Hebammen-Anstalten etc. reichlich Gelegenheit haben.

Verf. hat sich in seinen Ausführungen eng an die Lehre *Koch*'s von den psychopathischen Minderwerthigkeiten angeschlossen. Es ist hier nicht der Ort, sich über diese Lehre überhaupt zu äussern, aber für den vorliegenden Fall kann Ref. die Bemerkung nicht unterdrücken, dass *Römer*'s Ausführungen mindestens ebenso verständlich gewesen wären, wenn er die beschriebenen pathologischen Zustände mit dem bisher üblichen Namen als psychische und neuropathische Störungen des Säuglingsalters bezeichnet hätte.

Jreland, William, **Ueber die Fähigkeit zu zählen und deren Verminderung bei Idiotie und Irresein. — Journal of ment. sc. July.**

Zunächst setzt Verf. auseinander, dass auch beim normalen Kind der Begriff der Zahl und die Fähigkeit zu zählen nur langsam sich entwickelt. Es scheint ein gewisses Alter nothwendig zu sein um Zahlen und zählen zu erlernen: kluge, sehr rasch sich entwickelnde Kinder, die älteren in manchen intellectuellen Leistungen voraus sind, erreichen dieselben nicht leicht im Rechnen.

Uncivilisirte Völker behelfen sich im Allgemeinen mit sehr niederen Zahlen, oft nur zwei, 5 und 10, was stets durch Zählen der Finger ausgedrückt. Die Eingeborenen von Neu-Caledonien beispielsweise nennen 5: „eine Hand", 10: „2 Hände", 20: indem noch die Zehen mitgerechnet werden, „ein Mann". Die Zifferschrift, mehr die römische als arabisch-indische gibt den deutlichen Beweis, dass auch die Vorfahren der heutigen Culturvölker vom Fingerzählen ausgegangen sind.

So gering nun dieser Umfang des von Wilden geübten Rechnens ist, so beweisen die Berichte der Missionare doch, dass diese Fähigkeit sehr wohl entwicklungsfähig ist, während dies bei dressirten Thieren nicht der Fall ist, daraus zu schliessen, dass die Fähigkeit zu zählen eine specifische

Digitized by Google

Eigenschaft der menschlichen Intelligenz sei und diese Thatsache gegen die Entwicklungstheorie ins Feld zu führen, hielt Referent nicht für gerechtfertigt.

Bekannt ist die geringe Fähigkeit der Idioten aller auch der leichtesten Grade, für Zählen und Rechnen. Fälle von einseitiger Begabung dafür sind jedenfalls sehr selten. *Ireland* hat nie einen solchen gesehen (auch Ref. nicht). Eine Localisation des Zahlensinnes im Gehirn scheint nicht statt zu finden. Bei Paralytikern, welche in den tollsten Zahlenphantasien schwelgen, kann die Fähigkeit zu rechnen noch wohl erhalten sein.

Bei secundärer progressiver Verblödung scheint eine regelmässige Reihenfolge im Erlöschen der einzelnen höheren intellectuellen Functionen nicht statt zu finden. Jedenfalls sind Fälle bekannt, wo neben tiefem geistigem Zerfall die Fähigkeit zu rechnen leidlich erhalten war. — Bei Zwangsvorstellungen, bei der folie du doute und ähnlichen Zuständen spielen Zahlen und Zählen eine grosse Rolle. Dass Arithmomanie bei Epileptikern besonders häufig sein soll, wie Verf. nach *Cullerre* anführt, kann Ref. aus eigener Erfahrung nicht bestätigen.

Ich erinnere mich nur eines Falles, in welchem ein nur in sehr geringem Grad schwachsinniger Epileptiker eine aussergewöhnliche Neigung hatte, sich mit Kopfrechnen zu beschäftigen und darin auch eine bemerkenswerthe Uebung besass.

Hadden, W. B., Eigenartige Sprachstörung bei Kindern. — Journal of ment. science. Jan.

Verf. berichtet über 3 Fälle erheblicher an Aphasie grenzender Sprachstörung bei nicht idiotischen, körperlich im übrigen gut entwickelten Knaben, bestehend in hochgradigem Stammeln. Gute Resultate durch systematischen Unterricht im Sprechen, nach Art der Taubstummenunterweisung, in Verbindung mit Absonderung des Patienten von andern, abgesehen der mit seinem Unterricht betrauten Personen.

Goodall, E., Fall von spastischer Hemiplegie mit Autopsie — Journ. of mental science. April.

Der Fall betrifft einen 26 J. alten Idioten mit hochgradigem Schwachsinn und beinahe völliger Aphasie. Atrophie der oberen Extremität, Adductionscontractur im Schultergelenk. Flex.-Contractur in Ellbogen, Hand- und Fingergelenken. — Rechtes Bein gleichfalls atrophisch doch in geringerem Grad als die obere Extremität, das Bein ist im Knie gestreckt und wird nachgeschleppt.

Im Bereich des Facial. keine Lähmung, Gesicht, Gehör, Tastempfindung normal.

Tod in Folge von Phtisis pulmon.

Digitized by Google

Gewicht des ganzen Gehirns 758,0, rechte Hemisph. 315,0, linke 275. Der hintere Theil der III. Frontalwindung, der mittlere Theil der vorderen Centralwindung, die hintere Centralwindung atrophisch, in der letzteren findet sich eine Art Höhlenbildung. Die atrophischen Partien sind sehr derb. Mikroskopische Untersuchung der peripherischen Nerven der kranken Seite ergibt erhebliche Vermehrung und Verdickung des Epi- und Perineuriums auf Kosten der eigentlichen Nervenfaser. Axencylinder z. Th. nicht mehr erkennbar, an einzelnen Stellen förmliche Verkümmerung der Faser in einzelne granulirte Stücke.

Im Rückenmark liess sich lediglich keine krankhafte Veränderung weder in Form einer Vermehrung des Bindegewebes noch einer Atrophie der Nervenfasern oder Zellen nachweisen.

Veränderungen und zwar auch nur in geringem Grad liessen sich erst nachweisen in der l. Pyramide oberhalb der Kreuzung in Form einer Verschmälerung der Nervenfasern und Vermehrung des Bindegewebes; Dieselben Veränderungen finden sich, ebenfalls noch wenig ausgeprägt in der l. Brückenhälfte; deutlicher ist die Differenz im mittleren Drittel der Hirnschenkel- und in der inneren Kapsel.

Die Untersuchung der Rinde in den erkrankten Partien ergibt Vermehrung der bindegewebigen Elemente, Verminderung der Ganglienzellen, Verkleinerung derselben. An den Pyramidenzellen ist das häufige Fehlen des langen Fortsatzes auffallend.

Vermehrung der Blutgefässe auf der kranken Seite namentlich an frischen Präparaten deutlich.

Die Thatsache, dass bei einer ausgesprochenen Atrophie des motorischen Centrums für die Extremitäten und einer Atrophie dieser selbst in den Pyramidensträngen des Rückenmarks eine degenerative Veränderung sich nicht vorfand, sucht Verf. dadurch zu erklären, dass die Pyramidenfasern nicht nur durch den ungekreuzten Pyramidenstrang derselben und den gekreuzten Strang der entgegengesetzten Seite, sondern auch durch den ungekreuzten Strang der andern und den gekreuzten Strang derselben Seite in das Rückenmark eindringen, sich also auf alle 4 Stränge vertheilen.

***Bourneville, Sollier, Pilliet,* Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots epileptiques et arrierés de Bricêtre. — Pendant l'année 89. Paris 1890.**

Der erste Theil des umfangreichen Berichtes beschäftigt sich mit den Vorkommnissen des laufenden Dienstes, statistischen Mittheilungen, Nachrichten über bauliche Veränderungen.

Der Zugang im Ber.-Jahr betrug 68, der Abgang 53 Kranke, davon

Digitized by Google

durch Tod 22; beigefügt ist eine Tabelle mit kurzer Angabe über Krankheit, Todesursache, Sectionsbefund. Jedem fällt das verhältnissmässig seltene Auftreten von Tuberculose auf. Der Bestand am Schlusse des Ber.-Jahres 393. Besondere Beachtung verdienen die Mittheilungen über die Organisation der Beschäftigung und über die vielfachen sonstigen Maassnahmen zur Unterhaltung und Anregung der Kranken.

Im II. Theil des Berichtes sind eingehende casuistisch belegte Mittheilungen über Versuche mit Bromgold, Bromcampher, Picrotoxine.

Das Resultat ist in kurzem folgendes:

Bromgold wurde angewandt in der Quantität von 5 mg — 2 cg in Mixtura gummosa. Zur Anwendung kam es bei 10 Kranken: In 3 Fällen wurde erhebliche, in 5 eine leichte Besserung der Anfälle erzielt, in 2 blieb es ohne Erfolg. Auffallend war in der Mehrzahl der Fälle ein günstiger in Gewichtszunahme sich ausdrückender Einfluss auf die Ernährung.

In dem 1 mit Bromcampher (0,2 in Kapseln 3—4 mal per Woche) behandelten Fall verminderten sich die epileptischen Schwindelzufälle während des Gebrauchs des Mittels wesentlich, um nach Sistiren desselben wieder in grösserer Häufigkeit aufzutreten.

Picrotoxin wurde versucht in wässeriger Lösung (0,1 : 500,0) in Dosen von $^1/_2$—2 mg.

Das Resultat war ein bescheidenes: Entschiedene Besserung trat nur in 2 Fällen, leichte Besserung in 3 ein; in 5 Fällen war eher eine Verschlimmerung zu constatiren.

In dem III. klinisch-anatomischen Theil gibt zunächst *Bourneville* eine eingehende Studie über die Idiotie mit Myxödem (de l'idiotie avec cachexie pachydermique). Im Anschluss an 8 neue genau beschriebene, durch Photographien illustrirte Fälle werden die wesentlichen Resultate der Forschung über diese Krankheitsform zusammengefasst:

Das pathologisch Wesentliche des ganzen Zustandes ist der Mangel der Schilddrüse.

Von hereditären Momenten kommen am ehesten noch die Tuberculose und der Alkoholismus in Betracht. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen als das männliche.

Die charakteristischen Symptome sind:

Idiotischer Schwachsinn in seinen verschiedenen Abstufungen; Zwergwuchs; Schädel in den hinteren Partien voluminös. Stirn nieder, aufrecht, seitlich zusammengedrückt, grosse Fontanelle bleibt oft bis ins 30. Lebensjahr erhalten. Gesichtsausdruck stumpf, apathisch, Lider hängend, blassbläulich, meist blepharetisch afficirt. Nase stets abgeplattet (was auch die Form der Nase bei den Eltern gewesen sein mag), Wangen aufgetrieben. Mund gross, Lippen dick, Zunge gleichmässig vergrössert, Zähne unregelmässig gestellt cariös, Sinne schlecht entwickelt. Ohrmuschel ohne erhebliche Missbildung, aber verdickt, ödematös. Hals kurz, Kopf scheint auf den Schultern zu ruhen. Schilddrüse fehlt völlig, dagegen sind in der

Digitized by Google

Supraclavicular- und der Achselhöhle pseudolipomatöse Massen nachweisbar. Thorax im Gebiet der unteren Rippen meist missstaltet, Wirbelsäule verkrümmt. Bauch dick, froschartig. Häufig sind Nabel- und Leistenbrüche vorhanden. Becken verengt. Geschlechtsorgane meist verkümmert. Extremitäten plump kurz; rhachitisch verkrümmt. — Haut verdickt, unbehaart, trocken, runzlig, vielfach mit Eczemen bedeckt.

Verdauung im Ganzen in Ordnung; Appetit mässig, nicht selten Widerwillen gegen Fleisch. Hämorrhoiden häufig. Temperatur unter der Norm. Schweisssecretion fehlt. Stimme in pathognomonischer Weise heiser und rauh. Gang schwerfällig schwankend. Sexuelle Functionen mangelhaft.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht ist bemerkenswerth, dass die Hirnwandungen eine eigenthümlich gelatinöse Consistenz zeigen, ähnlich wie bei Neugeborenen.

Die Idiotie pachydermique entspricht genau der cachexia strumipriva und stellt eine scharf umgrenzte von den sonstigen Formen der Idiotie sehr verschiedene Gruppe dar.

Eingehend wird dann noch die Differentialdiagnose zwischen der Idiot. pachyd. und dem Cretinismus behandelt und in einer Tabelle sind die gemeinsamen und trennenden Symptome beider Arten der Idiotie zusammengestellt.

Ob die letzteren berechtigen eine principielle pathologische Trennung zwischen beiden Gruppen aufzustellen, möchte dem Ref. fraglich erscheinen. Der wesentliche Unterschied liegt eben darin, dass die eine Form endemisch, die andere sporadisch auftritt. Bei beiden ist es der Ausfall der Function der Schilddrüse, welche die Verkümmerung und Missstaltung des Organismus zur Folge hat. Dieser Ausfall ist bei der Idiotie pachydermique bedingt durch völliges Fehlen, bei dem Cretinismus durch pathologische Veränderung der Drüse.

Eine anatomische Arbeit bringt *Pollet*: „Histologische Untersuchungen über das Verhalten der grauen Substanz bei der chronischen Encephalitis im Kindesalter", die meist hochgradige Idiotie und Epilepsis zur Folge haben. Die eingehenden Untersuchungen erstrecken sich auf Fälle ausgedehnter Meningoencephalitis mit Verwachsungen der Hirnhäute mit der Rinde, Cystenbildung in letzterer etc. Die Fälle von lobärer und tuberöser Sklerose sind nicht in Betracht gezogen.

Die wesentlichen Veränderungen in allen Fällen waren an den Gefässen zu finden, die Capillaren zeigen häufig eine andere Anwendung als normal, verlaufen nicht senkrecht auf die Oberfläche der Windungen sondern bilden in überaus häufiger Anastomosirung ein ziemlich unregelmässiges Netz. Die Folge davon ist, eine Verwischung der Grenze der einzelnen Rindenschichten. Die Gefässscheiden sind verdickt mit Leukocythen infiltrirt. Graue Substanz zeigt sich durch Vermehrung der Kerne verdickt, theilweise weist sie fibrilläre Structur und Vacuolenbildung auf; diese Ver-

Digitized by Google

änderungen treten an einzelnen kleinen Stellen auf, oder bilden sie grössere, confluirende Plaques.

Die Pyramidenzellen befinden sich in den verschiedenen Graden der Atrophie. Die entsprechende Partie der weissen Substanz zeigt gleichfalls das deutliche Bild der Atrophie.

Die Präparate waren in Alkohol gehärtet und eigneten sich deshalb nicht zur Untersuchung über das Verhalten des Faserverlaufes in der Rinde.

Den Schluss des Berichtes bilden 2 kleinere casuistische Arbeiten, in der ersten wird eine hysterische Familie (5 Kinder hysterisch oder hysteroepileptisch) besprochen, in der zweiten ein neuer Fall von Myxödem beschrieben.

8. Jahresbericht über die Anstalt für schwachsinnige Knaben zu Regensberg pro 1890. 8°. 15 S. (Dir. *Kölle.*)

Bestand 42, eingetreten 14, entlassen 13, von denen 10 gebessert, 3 nicht bildungsfähig waren. 4 Knaben confirmirt. Die 43 Knaben theilen sich in 4 Familien und in 5 Klassen. Ein Industriehaus und ein Schulhaus wurden neu eingerichtet. 30 Zöglinge mehr können jetzt aufgenommen und es soll der Versuch mit einer Familie von 12 Mädchen gemacht werden. Der Canton hat dazu 10000 Frcs. aus dem Alkoholzehntel bewilligt und 229 unverzinsliche Antheilsscheine à 100 Frcs. ausgegeben. — Ausgabe 46454 Frcs.

32. Bericht über Hephata zu M. Gladbach vom Jahre 1890. 8°. S. 27. (Dir. *C. Barthold.*)

Bestand Anf. 1890 176 (131 m. 45 w.), aufgenommen 45 (33 m. 12 w.), ausgetreten 45 (28 m. 17 w.), blieben 176 (136 m. 40 w.). Von den Ausgeschiedenen sind gestorben 6 (4 m. 2 w.), als nicht bildungsfähig entlassen 15 (10 m. 5 w.), gebessert entlassen 8 (4 m. 4 w.), confirmirt entlassen 13 (10 m. 3 w.). Von den neu Eingetretenen kamen 37 in die Erziehungsabtheilung und 8 in das Asyl, Trunksucht der Aelteren war bei 7 nachweisbar, Heredität bei 9 und 6 Aufgenommene hatten blödsinnige Geschwister. — Ausgaben 83080 Mark.

Digitized by Google

11. Anstaltswesen. Ref.: Lähr-Schweizerhof.

Chambard, E., **Essai critique sur l'organisation médico-administrative du service des aliénés. — Ann. méd.-ps. Jan. 1890.**

Ch. verwirft bei der Leitung einer Irrenanstalt sowohl die Vereinigung der Functionen in der Hand eines ärztlichen Directors als auch die Theilung derselben zwischen einem ärztlichen und einem Verwaltungsdirector. Er wünscht einen Arzt an der Spitze der Anstalt, der Alles zu überwachen berechtigt und in einer bestimmt abgegrenzten Sphäre völlig unabhängig sei. Derselbe soll mit allen Behörden direct correspondiren, das medicinische Budget selbst aufstellen und ausgeben, die Beamten des ärztlichen Dienstes anstellen und bei der Anstellung der Verwaltungsbeamten ein Veto einlegen können; Apotheker und Hülfsärzte sollen ihm direct unterstellt sein. Die laufenden Geschäfte der Verwaltung soll ein Verwalter führen, der „dem Chefarzt zur Seite steht, aber auf einer merklich tieferen Rangstufe", während dem Chefarzt die Initiative und Controlle zusteht. Ferner wird der Stellung des Oekonomen gedacht. Besonders wichtig scheint dem Verf., dass die Besetzung der Director- und Verwalterstellen durch den „Concours" erfolge. Der Aufsatz des offenbar mit den z. Z. bestehenden Verhältnissen sehr unzufriedenen Verf.'s ist reich an bitteren Bemerkungen, denen selbst die Frauen der Anstaltsbeamten nicht entgehen.

Garnier, **Direction administrative et médicale des établissements d'Aliénés. — Ann. med.-psych. Janvier.**

G. tritt, wie früher gegen *Chambard*, so jetzt gegen *Marandon de Montyel* als Vertheidiger der Einheit in der Anstaltsleitung auf.

Lapoint, **De la réunion des functions méd. et administr. dans les asiles d'aliénés. — Ann. méd.-psych. Mars.**

Tritt ebenfalls warm ein für die Vereinigung der ärztlichen und Verwaltungs-Thätigkeit und erhärtet diese Meinung besonders durch den Hinweis auf die Beschäftigung der Kranken, die nur durch einen Willen, den des zugleich ärztlichen und Verwaltungs-Directors, richtig gefördert werden könne.

Dodds, Strakan **and** ***Greenlees:*** **Assistent Med. Officers in Asylums. Their Status in the Specialty. — J. of ment. sc. 1890, Jan.**

Verf. verlangen für die älteren Assistenten eine selbständigere Stellung und höheres Gehalt mit der Möglichkeit zu heirathen, ferner eine grössere Zahl von Aerzten an den Anstalten. Für Deutschland von weniger Interesse, da hier die Einrichtung der sogen. 2. Aerzte, der Assistenten und Volontärärzte, den dort erhobenen Ansprüchen bereits gerecht wird.

Digitized by Google

Verwaltungsbericht des Magistrat zu Berlin über die städtische Irrenpflege pro 1889/90. 4°. 29 S. (Dir. Dr. *W. Sander*.)

Bestand 2,557 (1,279 M. 1,278 F.), Zugang 1,126 (581 M. 545 F.), Abgang 1,024 (552 M. 472 F.), blieben 31. März 1890 2,659 (1,308 M. 1,351 F.), wovon in Dalldorf 1,349 (703 M. 646 F.), in 24 Privatanst. 1,208 (557 M. 651 F.), in Privatpflege 102 (48 M. 54 F.) waren. Aufgenommen wurden durch die Charité 917 (482 M. 435 F.), das Curatorium 17 (11 M. 6 F.), die Armendirection 56 (31 M. 25 F.), die Direction 136 (57 M. 79 F.) und zwar mit paralytischer Seelenstörung 310 (213 M. 97 F.), mit Epilepsie 220 (105 M. 115 F.). Mit dem Strafgesetz in Conflict waren gerathen 129 (82 M. 47 F.). Vor dem Abgange waren gestorben 450 (266 M. 184 F.), darunter Paralytische 228 (175 M. 53 F.), Epileptische 40 (21 M. 19 F.). Es starben an Lungenentzündung 50 (28 M. 22 F.), an Lungenschwindsucht 38 (20 M. 18 F.), an Herzleiden 46 (20 M. 26 F.), an Erschöpfung 94 (65 M. 29 F.), an Altersschwäche 39 (18 M. 21 F.), an Druckbrand 16 (8 M. 8 F.), an Suicid 2 F. Die Sterblichkeit in der Irrenabtheilung betrug 3,6 pCt. in der Siechenabtheilung 20,3 pCt., in Privatanstalten 8,9 pCt., von dem bleibenden Bestande litten an Paralyse 309 (203 M. 106 F.), an Epilepsie 493 (266 M. 227 F.). Die jährliche Zunahme der Kranken ist auf 152 gestiegen. Von dem Bestande hatten ungesetzliche Handlungen begangen 305 (250 M. 55 F.) und waren in Berlin geboren 900 (480 M. 420 F.). In den 24 Privatanstalten war Bestand 1,150 (543 M. 607 F.), Zugang 243 (115 M. 128 F.), Abgang 185 (101 M. 84 F.), blieben 1,208 (557 M. 651 F.). Die Pflege in Familien hat sich von 55 (25 M. 30 F.) auf 102 (48 M. 54 F.) gehoben und zwar participiren alle Krankheitsformen. Vom Wart- und Dienstpersonale gingen 134 (74 m. 60 w.) ab. Die Kranken erhielten mehr als 20,000 Besuche. Die Ausgabe betrug 1,896,315 M., pro Kopf und Tag 1,962 M. Die Landwirthschaft hatte einen Reinertrag von 16,980 M. und der Gesammtwerth der Anstalt und Inventariums betrug 4,646,183 M. In der Idiotenanstalt war Bestand 182 (123 Kn. 59 M.), aufgenommen 81 (54 Kn. 27 M.), entlassen 48 (38 Kn. 10 M.), gestorben 9 (3 Kn. 6 M.), blieben 206 (136 Kn. 70 M.). Unter den abgegangenen waren confirmations- und erwerbsfähig 18, nur erwerbsfähig 8. Von dem Endbestand stehen nicht allein auf 45, kleiden sich nicht an 74, müssen gefüttert werden 8, gewaschen werden 98, haben Speichelfluss 8, sind gelähmt 25, blind 1, taubstumm 1, zerstörungssüchtig 27.

Aerztl. Jahresbericht über das Fürst-Carl-Landesspital zu Sigmaringen 1890. 4°. 12 S. (Dir. Dr. *Bilharz*.)

Neubau für 24 unruhige Frauen eröffnet mit 5 Zellen, 3 Schlafsälen, einem Speisesaal und einem Tagesraum. Bestand 70 (31 M. 39 F.), aufgenommen 15 (8 M. 7 F.), entlassen geheilt 6 (1 M. 5 F.), gebessert 3 (2 M. 1 F.), ungeheilt 2 (1 M. 1 F.), gestorben 5 (2 M. 3 F.). Ein 68jähr. Kr. war 40 J. in der Anstalt gewesen.

Digitized by Google

Bericht über die Heilanstalt „Johannisberg“ bei Kaiserswerth 1884—90. Mit 3 Illustr. 8°. 20 S. (Dir. Dr. *Bartels*.)

Bestand Anfang 1884 53 F., aufgenommen 184 F., abgegangen geheilt 67 F., gebessert 49 F., ungeheilt in eine andere Anstalt 30 F., in Familienpflege 25 F., gestorben 15 F., blieben Ende 1888 51 F.

1890 Bestand 52 F., aufgenommen 48 F., abgegangen geheilt 22, gebessert 12 F., ungeheilt in eine andere Anstalt 4, in Familie 3, gestorben 6, blieben Ende 1890 53 F. Vor der Aufnahme hatte die Krankheit gedauert bei 23 unter ½ Jahr, bei 48 Kr. war Heredität nachweisbar. Das Jahr 1889 fällt wegen Krankheit des Arztes aus. Doppelhaus für Arzt und Geistlichen nahe der Anstalt 1883 errichtet, 1887 eine Turnhalle.

Jahresbericht der Kreis-Irren-Anstalt München für 1890. 8°. 32 S. (Dir. Dr. *Grashey*.)

Bestand 680 (338 M. 342 F.), aufgenommen 312 (172 M. 140 F.), entlassen genesen 19 (10 M. 9 F.), gebessert 102 (50 M. 52 F.), in andere Anstalt 150 (94 M. 56 F.), ungebessert 34 (16 M. 18 F.), gestorben 89 (57 M. 32 F.), blieben 598. Im Bestande waren 80 (60 M. 20 F.) mit paral. Störung, unter den Aufgenommenen 59 (49 M. 10 F.), wovon gebessert 7 M., ungebessert 21 (19 M. 2 F.), entlassen wurden und 41 (34 M. 7 F.) starben, daher 70 (49 M. 21 F.) blieben. Unter den 312 Aufgenommenen war bei 151 (87 M. 64 F.) die Heredität nachgewiesen. Mit dem Strafgesetz waren bei den Aufgenommenen in Conflict gerathen vor der Erkrankung 27 (25 M. 2 F.), nach der Erkrankung 11 (7 M. 4 F.) und bestraft 10 (7 M. 3 F.). Die Genesenen litten vor der Aufnahme nur bis 1 Jahr. Es starben an Lungen- und Darmtuberculose 28 (17 M. 11 F.), an Influenza 5 F. — Gabersee erhielt einen selbständigen Aufnahmebezirk und zwar nach dem Wohnorte des Versorgers. 6 Untersuchungs- resp. Strafgefangene kamen zur Beobachtung und waren krank. Die Influenza befiel zuerst die Aerzte, dann das Pflegepersonal und erst nach 8 Tagen die Kranken, dauerte vier Wochen und inficirte ⅓ der Kranken und ½ des Pflegepersonales. Ohne wesentlichen Einfluss auf die psychische Störung. Die Gehälter wurden erhöht. — Ausgabe 508,291 M.

Bericht der Kreis-Irren-Anstalt Bayreuth für 1890. 8°. 42 S. (Dir. Dr. *Kraussold*.)

Bestand 374 (212 M. 162 F.), aufgenommen 116 (75 M. 41 F.), abgegangen genesen 23 (13 M. 10 F.), gebessert 23 (12 M. 11 F.), ungebessert 14 (10 M. 4 F.), gestorben 32 (20 M. 12 F.), blieben 398 (232 M. 166 F.). Aufgenommen mit Mel. 46 (26 M. 20 F.), mit Manie 37 (26 M. 11 F.), mit paral. Seelenst. 11 (9 M. 2 F.), mit Erblichkeit 51 (33 M. 18 F.), unbekannt 14 (9 M. 5 F.). Nach der Erkrankung forensisch bestraft 4 M. Von den Genesenen hatte die Krankheit vor der Aufnahme bei 15 bis 6 Mon.

Digitized by Google

gedauert, bei 8 länger. Es starben an Tuberculose 6 (5 M. 1 F.) Fälle der mit dem Strafgesetze in Conflict gekommenen Kranken. Ein im Feldzuge 1870 Erkrankter kam 1886 mit chronischer Verrücktheit in die Anstalt, genas aber dennoch. Bei den gestorbenen Männern wog das schwerste Gehirn 1500 g, das leichteste 1180 g; bei den Frauen das schwerste 1390 g, das leichteste 1110. An Influenza erkrankten 113, von M. 21,9 pCt., von F. 30,5 pCt. Vom Pflegepersonal erkrankten mehr.

5. Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt Gabersee für 1890. 8°. 18 S. Mit 4 Taf. (Dir. Dr. *Bandorf*.)

Bestand 139 (70 M. 69 F.), darunter 8 (5 M. 3 F.) mit Dem. par., aufgenommen 154 (87 M. 67 F.), darunter 13 (10 M. 3 F.) mit Dem. par., entlassen genesen 8 (6 M. 2 F.), gebessert 17 (8 M. 9 F.), ungeheilt 12 (8 M. 4 F.), gestorben 11 (10 M. 1 F.), blieben 245 (125 M. 120 F.). Isolirung fand statt bei 19 M. und 26 F. Entweichungsversuche 52, davon misslungen 33. — Ausgaben 88762 M., pro Kopf und Tag 1 M. 31,4 Pf. Die 4 Krankenpavillons sind nunmehr fertig gestellt, die Anstalt organisirt und territorial für die östl. Bezirke fertig gestellt.

32. Nachricht über das Genesungshaus zu Roda für 1890. 4°. 8 S. (Dir. Dr. *Bartens*.)

Heil- und Pflegeanst. f. Geisteskranke: 337 Betten. Bestand 316 (168 M. 148 F.), Zugang 89 (49 M. 40 F.), Abgang 73 (45 M. 28 F.), blieben 332 (172 M. 160 F.). Vom Abgange geheilt 12 (7 M. 5 F.), gebessert 16 (9 M. 7 M.), ungeheilt 10 (6 M. 4 F.), gestorben 35 (23 M. 12 F.). 1 Irrer auf 756 Einwohner. Mit paral. Seelenstörung Bestand 11 (9 M. 2 F.), zugegangen 18 (14 M. 4 F.), abgegangen 13 (12 M. 1 F.), davon durch Tod 11 M., blieben 16 (11 M. 5 F.). Es starben an Tub. pulm. 10 (8 M. 2 F.). Mit wahrscheinlicher Hoffnung auf Genesung blieben 7, mit unsicherer 15, mit keiner 310. — In der Heilanstalt f. Körperkranke betrug die Anzahl der Betten 56.

Jahresbericht der Herzogl. Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildburghausen für 1889. Gr. 4°. 28 S. u. 5 Taf. Abbildungen. (Dir. Dr. *Mayser*.)

Bestand 408 (217 M. 191 F.); aufgenommen 118 (68 M. 50 F.), Heredität nachweisbar bei 242 (122 M. 120 F.), abgegangen geheilt 32 (19 M. 13 F.), gebessert 27 (14 M. 13 F.), ungeheilt 20 (9 M. 11 F.), gestorben 38 (20 M. 18 F.), blieben 402 (220 M. 182 F.). Von den Genesenen hatten eine Aufenthaltsdauer bis 6 Mon. 19 (15 M. 4 F.), von ½—2 J. 13 (4 M. 9 F.).

Es starben an Typhus abd. 4 (3 M. 1 F.), an Lungentuberculose 4 (3 M. 1 F.), an Par. progr. 5 (4 M. 1 F.), an Suicid 1 F. Peinliche Ueberfüllung. 2 M. wurden als nicht irre entlassen. Mannigfaltige Umbauten in der Anstalt. Eine Villa für 24 Herren mit 46,754 M. erbaut. Schädel- und

Digitized by Google

Gehirntheile eines 19jähr. Epileptikers wurden sorgfältig beschrieben und auf 5 Tafeln illustrirt.

Bericht der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg für 1890. 4°. 15 S. (Dir. Dr. *Reye*.)

Bestand 1246 (605 M. 641 F.), aufgenommen 513 (283 M. 230 F.), darunter mit paralytischer Seelenstörung 78 (57 M. 21 F.), abgegangen 494 (265 M. 229 F.), darunter mit paral. Seelenstörung 66 (44 M. 22 F.), blieben 1265 (623 M. 642 F.), davon beurlaubt 35 (18 M. 17 F.). Ausserdem noch 2 M. mit Del. trem. aufgenommen und alsbald nach dem neuen allgemeinen Krankenhause verlegt, ferner 2 M. zur Beobachtung, welche nicht geisteskrank waren, und ein 23jähr. Mädchen, welche an allgem. Tuberculose mit tuberculöser Hirnhautentzündung litt und nach 3 Tagen starb. Die Behandlungsdauer betrug bei 91 (57 M. 34 F.) 1 Monat, bei 142 (70 M. 72 F.) bis ¼ J., bei 86 (45 M. 41 F.) bis ½ J., bei 67 (34 M. 33 F.) bis 1 J., bei 31 (20 M. 11 F.) bis 2 J., bei 34 (19 M. 15 F.) bis 5 J., bei 23 (14 M. 9 F.) bis 10 J., bei 12 (3 M. 9 F.) bis 20 J., bei 5 (2 M. 3 F.) bis 30. J., bei 3 (1 M. 2 F.) bis 50 J. Geheilt wurden 75 (40 M. 35 F.), gebessert 159 (75 M. 84 F.), ungebessert entlassen 105 (66 M. 39 F.), gestorben 155 (84 M. 71 F.). Geheilt wurden innerhalb 6 Mon. 67 (35 M. 32 F.), innerhalb ½—1 J. 5 (3 M. 2 F.), in 1—4 J. 3 (2 M. 1 F.). Es starben mit paralytischer Seelenstörung 45 (28 M. 17 F.). Unter dem bleibenden Bestande sind mit paralytischer Seelenstörung 90 (62 M. 28 F.), worunter hereditär 13 (9 M. 4 F.). An Influenza erkrankten von 1230 Kr. nur 21, von den 220 Gesunden 15, Ueberfüllung. — Ausgaben 788,784 M., pro Kopf und Jahr des Kranken 558,15.

Jahresbericht der Irrenanstalt zu Lübeck für 1890. 4°. 6 S.

Bestand 130 (70 M. 60 F.), aufgenommen 58 (29 M. 29 F.), entlassen geheilt 7 (6 M. 1 F.), gebessert 18 (10 M. 8 F.), ungeheilt 6 (2 M. 4 F.), gestorben 17 (9 M. 8 F.), blieben 140 (72 M. 68 F.). Die Heilungen erfolgten innerhalb 6 Monaten. 1 Suicid. Ausgaben 88,182 M., pro Kopf und Jahr 496,76.

Aerztl. Bericht über die Krankenanstalt zu Bremen für 1890. 4°. 8 S. (Dir. Dr. *Scholz*.)

In der Irrenabth. war Bestand 193 (92 M. 101 F.), aufgenommen 158 (98 M. 60 F.), entlassen 131 (84 M. 47 F.), es starben 38 (19 M. 19 F.), blieben 182 (87 M. 95 F.). Unter den Aufgenommenen litten an Del. trem. 31 (30 M. 1 F.), an paral. Seelenstörung 15 M. Nicht geisteskrank 3, frische Fälle (nicht über ½ J. krank) 81 = 52 pCt. Zahl der Deliranten erheblich abgenommen. Entlassen geheilt 75 (50 M. 25 F.); darunter an einfacher Seelenstörung 41 (20 M. 21 F.), an Del. trem. 30 (29 M. 1 F.), an Morphinismus 1 M., an Passanten 3 F.

Digitized by Google

Bericht über die Privatheilanstalt zu Rockwinkel bei Bremen für 1890. 8°. 9 S. (Dir. Dr. *Engelken.*)

Bestand 18 (9 M. 9 F.), aufgenommen 20 (5 M. 15 F.), entlassen geheilt 11 (4 M. 7 F.), gebessert 6 (2 M. 4 F.), gestorben 4 (2 M. 2 F.) an Del. ac., Dem. par., Erschöpfung in Mel., Pneumonie. Blieben 16 (5 M. 11 F.). Ausserdem in Familienpflege am Orte 3 F. Eine neue Männer- und eine neue Frauenabth. kamen in Gebrauch.

2. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische zu Potsdam pro 1890. 8°. 16 S. (Dr. *Lapierre.*)

1. Juli 1888 Bestand 66 (36 m. 30 w.), aufgenommen 73 (35 m. 38 w.), entlassen 44 (22 m. 22 w.), blieb Bestand am 1. Juli 1890 95 (49 m. 46 w.). Von den Entlassenen geheilt 3 (1 m. 2 w.), gebessert 7 (3 m. 4 w.), ungeheilt 23 (13 m. 10 w.), gestorben 4 (3 m. 1 w.). Ausserdem gesund entlassen 6 (5 w. u. 1 m.), welche in der Anstalt nie einen epileptischen Anfall hatten. Von den Gestorbenen starben 3 während eines Anfalles, 1 an tuberculöser Hirnhautentzündung.

2 Neubauten, in denen 2 Gruppen von je 10 Kr. nebeneinander gelegt sind, wurden 1890 eröffnet, auch ein kleines Haus für schwachsinnige Knaben eingerichtet. Im Nov. 1890 106 Kr., meist aus armen Familien. 51 Freistellen. Grosse Zahl von Knaben von 14 J. an aufwärts. Gesammtwerth der Anstalt 345,000 M., Schulden 111,384 M.

Die neue schlesische Landes-Irrenanstalt zu Troppau. 8°. 12 S. Mit Plan. (Dir. Dr. *A. Hellwig.*)

1889 bezogen, $2^1/_2$ km von der Stadt entfernt, mit der Hauptfront gegen Südost, für 200 Kr. bestimmt, ist die Anstalt im „Pavillonsystem" erbaut. Terrain 156,350 M. In der Mittellinie liegen von vorne nach hinten das Administrationsgebäude, das Versammlungsgebäude, das Wirthschaftsgebäude, der Pavillon für 12 Contagiöse, an jeder Seite ein Pavillon für je 16 Kr. besserer Stände, ein solcher für 12 Ruhige, für je 30 Halbruhige und 10 Unreine, für 10 zu Beobachtende und 6 körperl. Kranke, für 22 Ruhige, für 8 Tobende und ein Leichenhaus. Am Ende des Terrains das landwirthschaftliche Gebäude. Die Krankenpavillons sind einstöckig, das Tobgebäude nur parterre. Volle Fenstervergitterungen hat nur das letzte, während die übrigen Pavillons Balcongitter und die Pavillons für Ruhige gar keine haben. Abortkübel mit Desinfections- und Spülvorrichtung, Anstaltsgebiet mit Hecke, die Pavillons mit einem 1,50 m hohen Lattenzaun, die Tobabtheilung mit einer 3 m hohen Mauer umgeben. 10 Pavillons haben Dampfheizung, Dampfkocherei. Elektrische Beleuchtung mit 2 Dynamomaschinen zu je 30 Pferdekräften und je 370 Glühlampenstärke. (Es ist lebhaft zu bedauern, dass die Wirksamkeit dieser neuen mit so grossen Opfern des Landes sachgemäss neugebauten Anstalt erheblich durch den

Digitized by Google

neueren Beschluss beeinträchtigt wird, ein Zwangsarbeitshaus auf dem Terrain der Irrenanstalt zu erbauen, trotzdem zahlreiche Sachverständige sich dagegen ausgesprochen hatten. Es erinnert dieser Vorgang an eine trübselige Zeit, welche wir bei der Anlage einer neuen Irrenanstalt längst überwunden glaubten.) (Ref.)

Jahresbericht der österr. Landes-Irrenanstalt Niedernhart pro 1890. 4°. 9 S. (Dir. Dr. *Schnopfhagen*.)

Anzahl der Betten 550. Bestand 469 (241 M. 228 F.), aufgenommen 190 (96 M. 94 F.), abgegangen geheilt oder gebessert 68 (34 M. 34 F.), ungeheilt 41 (25 M. 16 F.), gestorben 72 (40 M. 32 F.), blieben Ende 1890 478 (238 M. 240 F.). An Geistesstörung mit Lähmung war Bestand 39 (24 M. 15 F.), kamen zu 21 (15 M. 6 F.), gingen ab gebessert 2 M., ungeheilt 3 (2 M. 1 F.), starben 26 (18 M. 8 F.), blieben Ende 1890 29 (17 M. 12 F.); 15 (8 M. 7 F.) davon waren im Alter von 40—45 J. Erkrankungsursache war Missbrauch des Alkohols bei 29 (28 M. 1 F.), Familienanlage bei 71 (39 M. 32 F.), Trauma bei 19 (12 M. 7 F.), Menstruationsstörung bei 26 F., Influenza bei 13 (6 M. 7 F.). An Pneumonie starben 15 (11 M. 4 F.), Phthise 9 (4 M. 5 F.). — Ausgaben 111,895 fl., pro Kopf und Tag 65,1 Kr.

Bericht der steierm. Landes-Irrenanstalt Feldhof incl. der Filialen Kainbach, Lankowitz, Hartberg für 1890. 4°. 17 S. (Dir. Dr. *Schlangenhausen*.)

Bestand 927 (451 M. 476 F.), davon in Lankowitz 116 F., Kainbach 99 M., Hartberg 29 M. und 30 F. Aufgenommen 373 (192 M. 181 F.), entlassen geheilt 86 (37 M. 49 F.), gebessert 41 (22 M. 19 F.), ungeheilt 79 (51 M. 28 F.), gestorben 154 (84 M. 70 F.), blieben 940 (419 M. 491 F.). Im Bestande waren mit Paralyse 99 (66 M. 33 F.), mit Herderkrankungen 2 F., mit Delir. alcohol. 13 M., unter den Aufgenommenen mit Paralyse 62 (50 M. 12 F.), mit Delir. alcohol. 13 (10 M. 3 F.), unter den ungeheilt entlassen mit Paralyse 14 (13 M. 1 F.), unter den gebessert mit Paralyse 4 (3 M. 1 F.), unter den Gestorbenen mit Paralyse 55 (43 M. 12 F.), unter den Gebliebenen mit Paralyse 88 (57 M. 31 F.). Als Ursachen sind angeführt: Excesse in Bacho 145 (115 M. 30 F.), Familienanlage 233 (96 M. 137 F.), geistige Ueberanstrengung 9 M., Onanie 31 (29 M. 2 F.), Luës 14 (9 M. 5 F.), Typhus 14 (7 M. 7 F.). — Die Kranken erhielten 3946 Besuche. Die Influenza befiel 189, zuerst Aerzte und Personal (76) und dann 122 Kranke. Ueberwiegen der miasmatischen Natur der Krankheitserscheinungen. Dauer 2—21 Tage. In allen Fällen Fieber, grosse Abgeschlagenheit der Extremitäten, rheum. Schmerzen, Kopfschmerzen und Schmerzen in den Augenhöhlen, Unfähigkeit zur Arbeit. 2 starben an Pneum. und Pleur. Erkrankung der Frauen leichter. Psychisch ohne Aenderung. Durchschnittlich arbeiten täglich 225 Pfleglinge. In Feldhof pro Kopf und Tag 87,43 Kr., in den Filialen 42,09—42,99 Kr.

Digitized by Google

Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt in Pergine für 1890. 4°. 16 S. (Dir. Dr. *H. Sterz.*)

Anzahl der Betten 240. Bestand 242 (120 M. 122 F.), aufgenommen 153 (75 M. 78 F.), entlassen geheilt 45 (19 M. 26 F.), gebessert 36 (17 M. 19 F.), gegen „Sicherheitsrevers" 9 (1 M. 8 F.), in Siechenhäuser 34, gestorben 17 (7 M. 10 F.), blieben Ende 1890 237 (118 M. 119 F.). Krankenbesuche von Angehörigen 807, von denen nur 41 „derzeit unstatthaft" waren. Von Influenza wurden $^1/_6$ der Kranken ergriffen, zuerst die im Freien beschäftigten; von Anstaltsbeamten fast alle, vom Wartpersonale die Hälfte, von letzteren nur der Oberwärter schwer (Bronchitis). Keine wesentliche Beeinflussung der Psychose. Bei 3 Kranken war sie Ursache der Psychose, 2 genasen bald. Sectionsbefunde, Ursachen der Erkrankung: bei 40 (36 M. 4 F.) Abusus spirit., Familienanlage bei 71 (32 M. 39 F.), Trauma bei 10 (9 M. 1 F.), Entwicklungsstörung 28 (19 M. 9 F.). Puerperalstörung bei 27 F., Typhus bei 4 (3 M. 1 F.), Pellagra bei 36 (19 M. 17 F.). — Ausgabe 67,293 fl., pro Kopf und Tag 76,958 Kr.

Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische auf 1885, 6 u. 7. Von Med.-R. Dr. *Pfeilsticker*. Stuttg., 1891. 4°. 52 S.

In den 3 Staatsanstalten Schussenried, Winnenthal und Zwiefalten war Bestand Anfang 1885 890, aufgenommen 1885 234, abgegangen 184, blieben 940 (507 M. 433 F.), aufgenommen 1886 225, abgegangen 220, blieben 945 (512 M, 433 F.), aufgenommen 1887 250, abgegangen 222, blieben Anfang 1888 973 (522 M. 451 F.). — Jährlicher Zuwachs durchschnittlich 39 Kranke mit Steigen des Procentsatzes für weibliche Kranke. Von den 1885 Abgegangenen genasen 59 (23 M. 36 F.), waren gebessert 35 (20 M. 15 F.), ungeheilt 42 (23 M. 19 F.), starben 44 (22 M. 22 F.). Von paral. Seelenstörung Bestand 12 (10 M. 2 F.), aufgenommen 15 (14 M. 1 F.), wovon 1 M. gebessert abging, 1 M. ungeheilt, 4 M. starben, daher Ende 1885 21 (18 M. 3 F.) blieben. Von den 1886 Abgegangenen waren 61 (30 M. 31 F.) genesen, 43 (22 M. 21 F.) gebessert, 61 (31 M. 30 M.) ungeheilt, 50 (30 M. 20 F.) gestorben. Mit paral. Seelenstörung im Bestand 23 (19 M. 4 F.), aufgenommen 16 (11 M. 5 F.), ungeheilt abgegangen 5 (3 M. 2 F.), gestorben 9 (8 M. 1 F.). Von den 1887 Abgegangenen waren genesen 64 (33 M. 31 F.), gebessert 45 (22 M. 23 F.), ungeheilt 59 (31 M. 28 F.), gestorben 49 (26 M. 23 F.). Zunahme der Fälle, welche schon im 1. Monat nach der Erkrankung Aufnahme finden, von 10,3 pCt. 1877 auf 24 pCt. 1885/7, Folge der vermehrten Isolirräume. Für die paralytische Störung ist die Erkrankungshäufigkeit im Gegensatz zu den übrigen Störungen bei den Verheiratheten die grösste und übersteigt die bei den Ledigen fast

Digitized by Google

um das Doppelte (11:6). Auf jeden anderen Kranken kommt ein überhaupt erblich belasteter. Die Erblichkeit ist mütterlicherseits häufiger, besonders bei Töchtern, sie ist bei Paralyse nur 18,1 pCt. Von den 545 Aufgenommenen waren 51 oder 9,4 pCt. vor oder nach der Erkrankung in gerichtliche Untersuchung gekommen, bezw. bestraft worden, und zwar 20 oder 3,7 pCt. vor und 31 oder 5,7 pCt. nach der Erkrankung. Am häufigsten waren mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen Epileptischgestörte und Idioten (57,1 pCt. und 50,0 pCt.), dann Secundärgestörte und Primärverrückte (21,0 pCt. und 16,2 pCt.), endlich Paralytiker (8,5 pCt.), Tobsüchtige (7,0 pCt.) und Melancholiker (4,0 pCt.). Von den primären Formen (Mel., Manie und primärer Verrücktheit) genasen 50,2 pCt. Bei den im ersten Monat der Erkrankung Aufgenommenen genasen 60,3 pCt., die Hoffnung fällt gradatim und nach dem 2. Jahre genasen nur noch 24,6 pCt. Im 11jährigen Zeitraum starben 18,6 pCt., an Suicid in den letzten 3 Jahren 5.

Für Schussenried betrugen die Ausgaben 1887/88 202491 M., für Winnenthal 165195 M., für Zwiefalten 205,466 M., resp. pro Kopf und Jahr 502,533 und 438 M.

Privatanstalten waren Ende 1887 in Württemberg 12, wovon Göppingen und Pfullingen Staatspfleglinge haben, jenes Ende 1887 bei 499 Kranken 390, dieses bei 495 Kranken 390 Staatspfleglinge, für welche pro Kopf 438 M. jährlich gezahlt werden. Gesammtzahl der Kranken in den Privatanstalten 1180 (606 M. 574 F.). Es starben in dem Berichtsjahre 274, darunter an Suicid 7. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs in den Irrenanstalten Württembergs beträgt circa 80.

In der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische 1887 304, darunter Epileptische 143, Zugang 71 (42 Epil.), Abgang 60 (32 Epil.), blieben 315 (153 Epil.). In der Berichtsperiode konnten 8 Epil. genesen entlassen werden, gebessert 48, gestorben 21. In der Anstalt für Epileptische zu Tettnang blieb Bestand 29, darunter Staatspfleglinge 16.

Bericht über die Irrenanstalt Basel. 1890. 8°. 78 S. (Dir. Dr. *Wille.*)

Bestand 229 (96 M. 133 F.), aufgenommen 236 (117 M. 119 F.), entlassen geheilt 81 (39 M. 42 F.), gebessert 49 (17 M. 32 F.), ungeheilt 54 (32 M. 22 F.), gestorben 37 (19 M. 18 F.), blieben 241 (104 M. 137 F.). Unter den Aufnahmen 13 (12 M. 1 F.) mit Paralyse, 22 (18 M. 4 F.) mit Alcoholismus. Vor der Aufnahme Dauer der Krankheit bis 1 Monat bei 72 (43 M. 29 F.), von 2—12 Mon. bei 74 (33 M. 41 F.), noch länger bei 56 (25 M. 31 F.). Heredität nachweisbar bei 131 (60 M. 71 F.). Dauer der Behandlung der Genesenen bis ½ Jahr bei 60 (33 M. 27 F.), länger bei 21 (6 M. 15 F.), darunter über 3 J. bei 1 F. Tod durch Suicid bei 1 M. Von den Paralytikern wurden 2 M. so weit gebessert, dass sie ihren Beruf wieder aufnehmen konnten. Zur forensen Untersuchung übergeben 10 (7 M. 3 F.). Bei hereditären Fällen häufigere Genesungen.

Digitized by Google

Dr. *L. Gerppin* macht casuistische Mittheilungen über einige Fälle (S. 27—42), Dr. *E. Sander* berichtet über die Fälle von Geisteskrankheiten nach Influenza (S. 43—60). Unter den 236 Aufgenommenen haben 38 (28 F. u. 10 M.) Influenza gehabt. Psychosen wurden durch die Influenza vorwiegend bei nervös Disponirten ausgelöst, sie traten in jedem Stadium der Infl. auf, besonders in der Reconvalescenzperiode und zwar bei allen Formen, mehr bei Frauen. Der 3. Theil der Anstaltsbevölkerung wurde nach der Mittheilung von Dir. Dr. *Wille* von Infl. befallen, am meisten die Nicht-Irren. 5 starben. Keine andere Infectionskrankheit spielt eine solche ätiologische Rolle. 7 erkrankten an Typhus, woran 2 Irre starben. Zur Zeit Ueberfüllung der Anstalt. — Ausgaben 203,014 Frcs.

Bericht über die Züricherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzi für 1890. 8°. 25 S. (Dir. Dr. *Forel.*)

Bestand 355 (175 M. 180 F.), aufgenommen 257 (141 M. 116 F.), entlassen genesen 63 (31 M. 32 F.), gebessert 49 (29 M. 20 F.), ungebessert 103 (54 M. 49 F.), gestorben 31 (25 M. 6 F.), nicht geisteskrank 5 (3 M. 2 F.), blieben 361 (174 M. 187 F.). Von den Genesenen waren hereditär belastet 36 (14 M. 22 F.), nicht hereditär 19 (13 M. 6 F.), zweifelhaft 8 (4 M. 4 F.). Bei 48 (24 M. 24 F.) der Genesenen dauerte die Krankheit vor der Aufnahme bis ½ J., die Behandlungsdauer bei 54 (28 M. 36 F.) bis ½ Jahr. Nach 2 J. genas Keiner mehr.

Ursache der Erkrankung Alkohol bei 46 (40 M. 6 F.), Influenza bei 10 (5 M. 5 F.), Typhus bei 2 (1 M. 1 F.), Syphilis bei 4 M. Todesursache: allg. Tuberculose bei 4 (3 M. 1 F.), Dem. par. bei 9 (7 M. 2 F.), Pneumonie nach Influenza bei 4 M. — Von den Aufgenommenen litten an Dem. par. 20 (16 M. 4 F.), an Delir. alcoh. 12 M., an Alcoholismus 7 (5 M. 2 F.), an Morphinismus 4 (2 M. 2 F.). Unter 440 Einw. kamen 151 ausgesprochene Influenzafälle vor. Von den Aufgenommenen waren 125 erblich belastet, 32 nicht belastet, 32 zweifelhaft. 53 Aufnahmegesuche mussten wegen Platzmangel abgewiesen werden. Freien Ausgang draussen erhielten 60, im Park 73 und in den Höfen 29 Kr. Von Männern arbeiteten 58 pCt., von Frauen 77 pCt. — Ausgabe 347,252 Frcs.

Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt zu Königsfelden pro 1889/90. 8°. 38 S. (Dir. Dr. *Schaufelbuel.*)

Bestand 513 (216 M. 297 F.), aufgenommen 181 (98 M. 83 F.), abgegangen geheilt 37 (21 M. 16 F.), gebessert 51 (30 M. 21 F.), unverändert 22 (10 M. 12 F.), gestorben 50 (32 M. 18 F.), blieben Ende 1889 534 (221 M. 313 F.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 6 (5 M. 1 F.), mit Alcoholismus 21 (19 M. 2 F.). Das Verhältniss der Kranken zur Einwohnerzahl war 1 : 316. Ausgaben 296,500 Frcs., pro Tag und Kopf 1,50 Frcs.

1890 traten hinzu 157 (74 M. 83 F.), gingen ab geheilt 39 (20 M. 19 F.),

Digitized by Google

gebessert 60 (28 M. 32 F.), unverändert 35 (13 M. 22 F.), starben 41 (22 M. 19 F.), blieben 515 (212 M. 303 F.). Zu dem Bestande von 4 (3 M. 1 F.) Paralytischen traten hinzu 7 (6 M. 1 F.), gingen ab 3 (2 M. 1 F.) und starben 3 (2 M. 1 F.), so dass 5 M. blieben. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis ½ J. bei 73 (31 M. 42 F.), länger bei 83 (43 M. 40 F.). Es genasen bei einer Krankheitsdauer bis 6 Mon. vor der Aufnahme innerhalb 6 Mon. 35 (19 M. 16 F.), später noch 4 (1 M. 3 F.).

1881 hatte bei 58 pCt. aller Genesenen die Krankheit nicht länger als 1 Mon. vor der Aufnahme gedauert, während bei 2—3 Mon. die Genesungen nur 16 pCt. betrugen. Die meisten Genesungen erfolgten in der Anstalt während 3 Mon., während die Genesung bei über 2 J. Aufenthalt nur 2 pCt. betrug, 1882 figurirten bei 1 mon. Dauer der Krankh. 60 pCt. der Heilung, bei 2—3 Mon. nur 12,5 pCt. Die meisten Heilungen (70 pCt.) bei Aufenthalt von 1—3 Mon., 7,5 pCt. bei Aufenthalt von 1—2 J. 1883 war bei 1 Mon. 68,1 pCt. Heilung, bei 2—3 Mon. nur 9 pCt. 1884 genasen von 1 Mon. vor der Aufnahme Erkrankten 70,2 pCt., von 2—3 Mon. nur noch 12,8 pCt., von 4—12 Mon. 4 pCt. Zur Heilung gebrauchten 65,9 pCt. nur 1—3 Mon., 17 pCt. 4—6 Mon., 14,8 pCt. 7—12 Mon. und 2,1 pCt. über 2 Jahre. 1885 genasen bei 1 mon. Dauer der Krankh. vor der Aufnahme 69,2 pCt., bei längerer Zeit 30,8 pCt. 61,8 pCt. genasen zwischen 1—3 Mon., 23,6 pCt. in 4—6 Mon., 5,5 pCt. in 7—12 Mon., 3,6 pCt. in 1—2 J. u. 5,5 pCt. in mehr als 2 Jahren. 1886 genasen bei 1 mon. Dauer vor der Aufnahme 58,8 pCt., bei 2—3 Mon. 13,7 pCt. und bei 1—2 J. nur 3,9 pCt. Die meisten Kranken bedurften 1—3 Mon., viele 1 J. und nur 1 genas im 2. Jahr. 1887 genasen 58,3 pCt. bei 1 mon. Dauer der Krankh. vor der Aufnahme, 47,9 pCt. brauchten 1—3 Mon., 29,2 pCt. 4—6 Mon., 8,3 pCt. 7—12 Mon., 10,4 pCt. 1—2 J., 4,2 pCt. über 2 Jahre. Für den Canton war das Verhältniss der Anstaltskranken zur Seelenzahl wie 1 : 339. 32 pCt. Alkoholiker gelangten zur Aufnahme, während Heredität in 40 pCt. nachweisbar war. 1888 genasen 61,2 pCt. bei Dauer vor der Aufnahme von 1 Mon.; 63,4 pCt. genasen in 1—3 Mon., 14,3 pCt. in 4—6 Mon., 12,2 pCt. in 7—12 Mon., 10 pCt. in 1—2 Jahren und darüber.

33. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt St. Pirminsberg über 1890. 8°. 31 S. (Dir. Dr. *Laufer*.)

Die Normalzahl von 210 ist durch die Krankenzahl 324 weit überschritten. Krankenbestand Anf. 1890 324 (153 M. 171 F.), aufgenommen 78 (49 M. 29 F.), darunter an Dem. par. 9 (6 M. 3 F.), 4 an Alcoh. chron. Von den 58 ersten Aufnahmen Heredität in 50 Fällen nachweisbar. Entlassen genesen 16 (9 M. 7 F.), gebessert 20 (9 M. 11 F.), ungeheilt 22 (14 M. 8 F.), gestorben 24 (13 M. 11 F.). Von den 16 Geheilten waren 15 erblich belastet. Von den Gestorbenen litten 5 an Tuberculose. Den Weg der Influenza durch die Anstalt konnte man deutlich verfolgen, so dass kein Zweifel an der Contagiosität. ⅓ der Anstaltsbevölkerung befallen, vor-

Digitized by Google

wiegend die Gesunden. Kein Einfluss auf die Psychose. Auf dem Margarethenberge 15 Kranke. Von 17 Wärtern und 18 Wärterinnen gingen 17 Wärter und 13 Wärterinnen ab. Die Behandlung dauerte bis 1 Jahr bei einer Krankheitsdauer von 12 Mon. vor der Aufnahme bei 13 Kr. Die Ursache der Erkrankung war in den frischen Fällen 17 Mal (14 M. 3 F.) Alkoholmissbrauch. — Kosten 216,556 Frcs.

Maison de Santé de Préfargier. Exerc. de 1890. 8°. pp. 28. (Dr. ***Burckhardt.***)

91 Aufnahmen, darunter 12 Erkrankungen resp. Verschlimmerungen nach Influenza. Eine Kr., seit einigen Jahren gleichgültig, ward nach Infl. maniakalisch, beruhigte sich in der Anstalt und war nach 3 Mon. fast gesund, als sie durch einen Fall eine Contusion davontrug und danach allgemein hyperästhetisch wurde bis zu Schreien, Weinen und fast völliger Willenlosigkeit. — 90 Entlassungen, darunter 38 Heilungen, 10 Todesfälle. Angewandt wurden u. A. Rindenexcisionen (cf. diese Ztschr. Bd. 47), bei circulären und periodischen Psychosen Strychnin (eine Heilung), bei einem Delir. trem. ein 60 stündiges Bad, da starke Kopfcongestion Narkotika verbot. Um die Temp. des Bades constant zu erhalten, musste kaltes Wasser von Zeit zu Zeit zugegossen werden. Heilung. — Am 1. Jan. enthielt Pr. 123 Kr., am 31. Dec. 124.

2. Bericht der Trinkerheilstätte zu Ellikon a. d. Thür über 1890. 8°. 33 S.

Bestand 17, aufgenommen 38, entlassen 36, blieben 19. Anfragen 119. Unter Vormundschaft standen 9 Pfleglinge. Von den 36 Entlassenen haben 17 die totale Abstinenz gehalten, 11 halten sich, 6 sind rückfällig, 2 waren geisteskrank. Von den 10 im J. 1889 Entlassenen sind 7 abstinent geblieben. Von 3 ist die Entmündigung aufgehoben worden. Totale Abstinenz ist die Grundlage der Heilmethode, Beschäftigung eins der wichtigsten Heilmittel. Erweiterung der Anstalt beschlossen für 45 Personen. Nur private Anstalten gedeihen. — Ausgabe 21,333 Frcs. Statuten.

State of New-York. State Commission in Lunacy, 2d Ann. Rep. 1890. 8°. pp. 325.

Am 1. Oct. 1890 befanden sich in den 30 Anstalten des Staates N. Y. 16002 Geisteskranke und 2707 Angestellte. Statt Anbauen wird eine neue Anstalt für irre Verbrecher zu Matteavan gebaut. Nach deren Herstellung sind 8 Staatsanstalten vorhanden, die 6000 Kr. aufnehmen können. Jede dieser Anstalten untersteht wie früher einem localen board of trustees, doch ist seit 1889 die State commission in Lun. (vorher mit weniger Macht ausgestattete Commissioners in Lun.) als staatliche Centralbehörde mit der Ueberwachung der boards of trustees betraut. Zugleich überwacht die State

Digitized by Google

commission of Lun. die Privatanstalten, denen sie auch die Concession ertheilt. Sie hat dafür gesorgt, dass nur erklärte Geisteskranke sich in denselben befinden. — Reiche Pat., die in Privatanstalten untergebracht werden können und mehr Ansprüche machen, als die übrigen Kranken, dürfen nicht mehr in den Staatsanstalten aufgenommen werden. — Jeder Kranke hat das Recht, mindestens alle 14 Tage einmal zu schreiben; diese Briefe müssen, ev. auf Anstaltskosten, an ihre Adresse oder, wenn dazu ungeeignet, mit Angabe des Grundes an die State Commission abgeschickt werden. — Die Commission ist geneigt die Aufnahme auch solcher Personen, die freiwillig darum bitten, ohne im Sinne des Gesetzes geisteskrank, d. h. für sich oder Andere gefährlich zu sein, den Anstalten zu gestatten, wenn die sonst vorgeschriebenen Anmeldungen und Revisionen in gleicher Weise für diese Kranken gelten. — S. 163 u. ff. geben ein Verzeichniss der einzelnen Staatsanstalten und der Anstalten New Yorks und Monroe- und Kings County's, sowie der Privatanstalten. Den Schluss bilden statistische Tabellen.

14. Ann. Rep. of the Northampton County Lun. As. at Berry Wood for the y. end. March 31, 1891. 8°. pp. 44. (Dir. Dr. *R. Greene.*)

Am 31. Dec. 1889 wurden in der Anstalt 320 M. 393 W. (= 713 Kr.) behandelt. Aufnahmen: 100 M. 135 W. (= 235). Entlassen: 38 M. 56 W. (= 94). Gestorben: 55 M. 46 W. (= 101). Bestand am 31. Dec. 1890: 327 M. 426 W. (= 753). — Seit Eröffnung des Asyles (14½ Jahr) sind aufgenommen 3124 (1470 M. 1654 F.), entlassen geheilt 808 (331 M. 477 F.), gebessert 191 (100 M. 91 F.), ungeheilt 435 (190 M. 245 F.), gestorben 937 (522 M. 415 F.). Geheilt 25,87 pCt., gestorben 30,00 pCt. Es starben 1890 an Dem. par. 13 (11 M. 2 F.), an Lungenphthise 12 (8 M. 4 F.), an Herzleiden 8 (1 M. 7 F.), an Tuberculose 2 (1 M. 1 F.), an Suicid 1 M. Von den Genesenen waren 51 (19 M. 32 F.) bis 1 Jahr, 7 bis 3 Jahre in der Anstalt, länger keiner. Von den 235 Aufgenommenen war bei 63 (16 M. 47 F.) Heredität nachweisbar, 11 (7 M. 4 F.) litten an Dem. par.

33d Rep. of the Nova Scotia Hosp. of Ins. f. 1890. Halifax. Gr. 8°. 35. S. (Dir. Dr. *A. P. Reid.*)

Bestand am 1. Jan. 1890: 372 Kranke (194 M. 178 W.), Zugang 94: (58 M. 36 W.), Abgang: 118 (67 M. 51 W.), darunter gestorben 22 (11 M. 11 W.), Bestand 31. Dec.: 348 (185 M. 163 W.). An Phthise starben 4 M. und 7 W. Eine Frau wird als genesen angegeben nachdem sie über 20 Jahre geisteskrank in der Anstalt gewesen war. Sie blieb dennoch in ihr wegen hohen Alters und starb darin nach 6 Jahren, 83 Jahre alt. Seit Eröffnung 1858 wurden aufgenommen 2496 (1364 M. 1132 F.), entlassen genesen 1121 (600 M. 521 F.), gebessert 392 (219 M. 173 F.), ungeheilt 80 (47 M. 33 F.), gestorben 555 (313 M. 242 F.). Es starben in dieser Zeit an

Digitized by Google

Apoplexie und Paralyse 54, an Epilepsie 33, an Parese 61, an Manie, Mel. und Dem. 37, an Gehirnabscessen 4, an locomotor. Ataxie 3, an Lungengangrän 6, an Brustentzündung 27, an Lungenschwindsucht 162, an Herzstörungen 20, an Aneurisma 3, an Gangrän der Extremitäten 1, an Darmentzündung 16, an Nierenkrankheit 7, an Leberstörung 2. an Ascites 2. an Dysenterie 20, an Cancer 5, an Fieber 6, an Erysipelas 6, an allgemeiner Schwäche und Alter 65, an Tödtung 1, an Selbstmord 14. — Ausgaben 66812 D.

7. Biennial Rep. of the Illinois Eastern Hosp. f. the Ins. at Kankakee Sept. 1. 1890. 8°. 114 pp. (Dir. Dr. *R. Dewey*.)

Bestand 1. Juli 1888: 1609 (979 M. 630 F.), Aufnahme 1340 (771 M. 569 F.), abgegangen 1262 (711 M. 551 F.). Davon genesen 205 (117 M. 88 F.), sehr gebessert 109 (68 M. 41 F.), gebessert 151 (95 M. 56 F.), ungenesen 615 (303 M. 312 F.), gestorben 177 (124 M. 53 F.), nicht-irre 5 (4 M. 1 F.), blieben 1. Juli 1890 1687 (1039 M. 648 F.).

1879 gebaut 2stöckig in „cottage" Bau, von welchem ein beiliegender Plan klare Einsicht gewährt, wird er als der erste dieser Art in Amerika angeführt. Die hohe Zahl der Aufnahme und Entlassungen kommt von einer staatlichen Aenderung des Aufnahmegebietes, wodurch grosser Austausch zwischen den einzelnen Anstalten nöthig wurde. Die Frage, ob einheitliche grosse Häuser oder Cottagebau, werde in Amerika jetzt zu Gunsten des letzteren beanwortet, K. habe den Anstoss dazu gegeben. Es beschäftigen sich jetzt 68 pCt. der Kranken, gegen 58 pCt. vor 2 Jahren. Die Anstalt enthällt 60 geisteskranke Gefangene, über deren Anwesenheit sehr geklagt wird. Von den 74 (64 m. und 10 w.) Paralytikern waren 30 sicher und 12 wahrscheinlich syphilitisch. — Ausgaben pro 1890 82000 Doll.

Friends As. f. th. Ins., 74. Rep. Philadelphia. 1891. 8°. 25 pp. (Dir. Dr. *John C. Hall*.)

Anfang März 1890: 42 m. u. 58 w. Pat.; aufgenommen 25 M. u. 32 W.: 14 M. u. 26 W. entlassen, 2 M. u. 1 F. starben (1 M. Paralyse, 1 M. Lungenblutung, die Frau Selbstmord); Bestand Anfang März 1891: 51 M. u. 63 W. Ein Haus für Beschäftigungen und Turnen ward dem Betrieb übergeben, Mal- und Modellirklassen eingerichtet, Wärterunterricht gegeben. Mehrere gute Abbildungen des neuen Hauses von aussen und innen.

Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten. 1890/91. 8°. 16 S.

Der Staat gibt 1000 M. Beitrag, ist aber nicht dazu verpflichtet, weil dafür die öffentlichen Armenverbände verantwortlich sind. Diese sind nicht dafür geeignet, weil die Hülfe oft verschwiegen werden muss

Digitized by Google

und je nach dem Einzelfall wechselt, zuweilen ungewöhnlich ist. Oft sind es Summen, die die Armenpflege nie anwendet, zuweilen bei verschämten Armen! Einnahmen 21,438 M., Ausgaben 19,935 M., Vermögen 42,312 M.

15. Bericht des Züricher Hülfsvereins für Geisteskranke über 1890. 8°. 43 S.

Revidirte Statuten von 1880: Einzelleistungen des Vereins, 324 Mitglieder. Einnahme 5393 Frcs., Ausgaben 3882 Frcs., Vermögen 35,319 Frcs. Dr. *E. Bleuler*, die Behandlung der Geisteskranken im Privathause. Darnach ergibt sich, dass der Kanton Zürich nach der letzten Zählung 3261 Irre hat, von denen 2000 nicht in Anstalten verpflegt werden. $^1/_3$ der männlichen Kranken in der Schweiz sind in Folge übermässigen Trinkens erkrankt.

Bericht über die Irrenanstalt in Buraschew (Gouv. Twer) für das Jahr 1889/90, von den Aerzten der Anstalt.

Bestand am 1. November 1889 . . .	259 M.	174 F.	= 433
Neu aufgenommen	176 -	83 -	= 259
Behandelt und verpflegt	435 M.	257 F.	= 692
Die Anstalt verliessen	163 -	98 -	= 261
Am 1. November 1890 verblieben . .	272 M.	159 F.	= 431.

Was die Entlassenen anbelangt so verliessen:

Als vollkommen genesen	36 M.	= 8 pCt.	33 F.	= 12 pCt.	Summa	69	= 9 pCt.
Währ. d. Reconvalescenz	4 -		10 -		-	14	= 2 -
Bedeutend gebessert . .	23 -	= 5 -	21 -	= 8 -	-	44	= 6 -
Ohne Besserung . . .	50 -	= 11 -	11 -	= 4 -	-	61	= 8 -
Gestorben sind . . .	50 -	= 11 -	23 -	= 8 -	-	73	= 10 -

Die Krankenbewegung war in dem verflossenen Jahre eine regere als im vorhergehenden, es muss aber betont werden, dass gerade die Zahl der Ungebesserten, welche die Anstalt verliessen, bedeutend gestiegen ist. Diese vermehrte Entlassung ist im Zusammenhange mit der zunehmenden Ueberfüllung. Der Procentsatz der Gestorbenen ist etwas geringer als in den vorhergehenden Jahren; und doch unterliegt es keinem Zweifel, dass die Lungentuberculose unter den Bewohnern der Colonie zunimmt, ebenso auch die Pneumonia cruposa. Die Ursache dieser erhöhten Sterblichkeit ist noch nicht klar gelegt, doch wird sie theilweise mit der Ueberfüllung in Zusammenhang gebracht, der es auch zur Last gelegt wird, dass im letzten Jahre sich häufiges Erysipelas, ja selbst Scorbut zeigte.

Die überwiegende Zahl der Kranken gehört dem Bauerstande an; was die Formen der Geisteskrankheiten anbelangt, so wird auch hier nachgewiesen, dass kaum 20 pCt. aller Kranken zu den Heilbaren gerechnet werden können, die Zahl der Unheilbaren nimmt beständig zu, mit ihnen

Digitized by Google

aber auch das Arbeitercontingent, nicht aber blos die Zahl der Arbeiter, sondern auch die Güte der Arbeit und die Leistung, was ihren Werth anbetrifft.

Die Zahl der gerichtlich psychiatrischen Untersuchungen betrug 20, und zwar 15 Männer und 5 Frauen, von denen 1 Mann als geistig gesund erkannt wurde.

Der Werth der von den Kranken geleisteten Arbeit wurde auf 2240 Rbl. 84 Kop. angeschlagen. *A. v. Rothe.*

***Sinani, B.,* Bericht über die Kobnowsche Irrenanstalt (Gouv. Nowgorod) für das Jahr 1890. Originalbericht.**

Am 1. November 1889 Bestand	143 M.	65 Fr.	= 208
Im Laufe des Jahres neu aufgenommen . .	79 -	41 -	= 120
Verpflegt und behandelt wurden	222 M.	106 Fr.	= 328
Im Laufe des Jahres verliessen die Anstalt .	69 -	30 -	= 99
Am 1. November 1890 Bestand	153 M.	76 Fr.	= 229.

Der durchschnittliche Bestand betrug 74 Frauen und 144 Männer. Was die Entlassenen anbelangt, so waren 11,58 pCt. genesen, 6,1 pCt. gebessert und Verwandten oder Behörden übergeben, und 12,5 pCt. gestorben.

Die Behandelten und Verpflegten gehörten 64,63 pCt. dem Bauerstande, 18,29 pCt. dem Bürgerstande, 10,36 pCt. dem Adel- und Beamtenstande, 2,44 pCt. dem Geistlichenstande, 1,53 pCt. dem Kaufmanns- und Ehrenbürgerstande an, 2,75 pCt. unbekannt.

Gestorben waren in Folge von Marasmus 25, Lungenschwindsucht 5 Personen, von 41 verschiedenen.

Mit Arbeit beschäftigt durchschnittlich täglich 69 Männer und 28 Frauen in Summa 58754 Tage.

Fluchtversuche wurden 10 gemacht, jedoch vereitelt; die Flucht gelang 6 Mal, alle Kranken wurden jedoch nach mehr oder weniger langer Zeit (8 Tage) zurückgebracht, ohne Schaden gelitten zu haben. Selbstmordversuche wurden 2 gemacht, 1 durch Ertränken im Anstaltsteiche 1 durch Erhängen.

Beachtenswerth ist es, dass in der letzten Zeit die Zahl der kranken Frauen zunimmt.

Der Ertrag der von den Kranken geleisteten Arbeit brachte die Summe von 3994 Rbl. 83 Kop. ein.

Der Unterhalt der Anstalt kostete 42,712 Rbl. 22 Kop., mithin kostete der Kranke pro Jahr 207 Rbl. 12 Kop., pro Tag 56,75 Kop.

A. v. Rothe.

Digitized by Google

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Uckermann **(Christiania), Statistische Mittheilungen über die Taubstummheit in Norwegen. — (Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 20.)**

Verf. hebt die Mängel der Taubstummenstatistik hervor, stellt als Forderung auf die Ursachen zu erforschen. Unter den vorliegenden, namentlich aufgeführten Statistiken hebt er als strengeren Anforderungen genügend, speciell die von *Lent* (Köln) und *Wilhelmi* (Magdeburg und Erfurt) hervor. Das Material für die vorliegenden Untersuchungen ist zunächst herbeigeschafft worden durch die Prediger des Landes für ihre Kirchspiele, in Folge Anweisung des Departements für Kirche und Schule auf Antrag des Verfassers nach von diesem entworfenen Schema, für den 1. Jan. 1886. Es wurde in den folgenden Jahren sorgfältig untersucht und geordnet, durch Rückfragen bei den Predigern, Aerzten, Angehörigen ergänzt. Ferner untersuchte Verf. (Ohrenarzt) das Hörvermögen der taubstummen Schüler der Anstalten und ging die Schülerprotokolle seit Gründung der Institute durch. So habe er ein einheitliches, in den Einzelfällen sachverständig festgestelltes Material.

Die Anzahl der Taubstummen in Norwegen betrug am 1. Januar 1886: 1841, nach Abzug der im Auslande geborenen 1826, oder 0,95 ‰ der Einwohner, wovon 1028 M. und 798 Fr. Das durchschnittl. Verhältniss von 1835—1875 ist nach den Ergebnissen bei der Volkszählung 0,87 ‰. Das scheinbare Steigen beruht fast ausschliesslich darauf, dass die Bearbeitung fast 4 Jahre nach dem Zählungstermine stattfand, so dass noch 120 Fälle, über die später Bericht einlief, mitgezählt wurden. Das Geschlechtsverhältniss war 1875 0,92 ‰ M. u. 0,81 ‰ Fr.; 1885 1,00 ‰ M. u. 0,80 ‰ Fr. Dieses vorwiegende Ansteigen der M. ist wahrscheinlich durch die erworbene Taubstummheit verursacht. Während nämlich 1885 auf 100 taubst. M. im Ganzen 77 taubst. Fr. kommen, kommen bei angeborenen Taubst. auf 100 M. 89 Fr., bei erworb. Taubst. 66 Fr.

Eine eingehende Untersuchung widmet Verf. der Vertheilung auf die Altersklassen. Auf 100 Männer kamen überall bei

	unter 20 J.	21—40 J.	41—60 J.	über 60 J.
sämmtl. Taubstummen	79 Fr.	69 Fr.	83 Fr.	94 Fr.
Angeborener Taubstummheit	99 -	80 -	77 -	112 -
Erworbener Taubstummheit	65 -	57 -	97 -	73 -
In der Bevölkerung	97 -	110 -	106 -	120 -

Unter 20 J. liegt nach der 1. Colonne das Uebergewicht der M. in ihrem Verhalten bei der erworbenen Taubst. begründet. Für 21—40 J. überwiegen die taubst. M. überall bedeutend. Hier kommt der Umstand

Digitized by Google

zur Erwägung, dass in der Bevölkerung die Fr. sehr überwiegen (nach Verf. wegen Auswanderns und grösserer Sterblichkeit der M.), während die taubst. M. nicht auswandern. Dadurch sinkt natürlich der pro-mille Satz der Fr. — Das Uebergewicht der M. bei der erworbenen Taubstummheit, wie es sich fast überall findet, hat darin seinen Grund, dass die M. den Ursachen mehr ausgesetzt sind.

Von den 1826 in Norwegen geborenen Taubst. sind 932 (51 pCt.) angeborene Taubst., 886 (48,5 pCt.) erworbene Taubst., 8 (0,43 pCt.) unbestimmt. Von den angeborenen Taubst. sind 491 (52,6 pCt.) M. und 441 (47,3 pCt.) Fr., von den erworbenen Taubst. 533 (60 pCt.) M. und 353 (39,8 pCt.) Fr. Die angeborene Taubstummheit ist im westlichen Norwegen und in den inneren Bergthälern, wo die Verhältnisse klein und arm sind, wo das Leben stillstehend ist und Heirathen unter Verwandten wahrscheinlich häufiger vorkommen, am stärksten ausgebreitet. Die erworbene Taubstummheit ist im nördl. Norwegen (Drontheim), wo in den 70er Jahren eine grosse Epidemie von Cerebrospinalmeningitis herrschte, am stärksten vertreten. Eine Verbindung zwischen angeborener Taubstummheit und der geologischen Beschaffenheit der Erde und speciell dem Trinkwasser lässt sich nicht nachweisen. Cretinismus kommt nicht vor und Struma nur in einzelnen Gegenden, wo die Taubstummheit wenig ausgebreitet ist. Von den 932 angeborenen Taubstummen sind nur 2 kropfig und sehr unbedeutend. Es ist daher die von *Bircher* u. A. nachgewiesene kretinoide Form zu unterscheiden.

Bei der angeborenen Taubstummheit hatte der Taubstumme in 50 pCt. der Fälle einen oder mehrere angeborene Taubstumme als Verwandte. Nur in 3 F. war eines der Eltern angeboren taubst. In 25 pCt. der Ehen war mehr als 1 taubst. Kind geboren. 23 pCt. der Fälle sind in consanguinen Ehen (die Eltern waren Geschwisterkindskinder oder näher verwandt) geboren. Die Zahl der blutsverwandten Ehen in Norwegen schätzt Verf. auf 4—5 pCt. Die angeborene Taubstummheit ist mit Gemüthskrankheit, Idiotismus, Epilepsie u. a. Nervenkrankheiten verwandt. Auch die Trunksucht der Eltern ist von Einfluss. Eine Anzahl von Fällen scheint mit Otitis media supp., eine andere, besonders beim männlichen Geschlecht mit angeborener Rhachitis und Hydrocephalus in Verbindung zu stehen.

Die angeborene Taubstummheit ist verhältnissmässig mehr vertreten auf dem Lande, die erworbene in den Städten. Die Ursachen der erworbenen Taubstummheit sind zuerst Gehirnentzündung und Cerebrospinalmeningitis (32 pCt., davon Mening. simpl. 20 pCt., Cerebrosp.-men. 12 pCt.), darnach Scharlachfieber 27½ pCt., Otitis med. supp. 7,7 pCt., Nervenfieber 4,4 pCt., Masern 2½ pCt., Keuchhusten 2 pCt. In 8 pCt. war die Ursache unbekannt. Ueberall, mit Ausnahme des Keuchhustens, ist das männliche Geschlecht mehr vertreten.

Zum Schluss gibt Verf. die Resultate seiner Untersuchung des Gehörvermögens. Es waren bei

Digitized by Google

	Angeborener Taubstummheit		Erworbener Taubstummheit	
		pCt.		pCt.
ganz taub	78	30	150	37
mit Schallgehör	90	34	139	34
mit zum Theil Vokalgehör	39	14	45	11
mit vollständigem Vokalgehör	28		22	
zum Theil Wortgehör	13	20	15	16
Gehör von gewöhnlichen Wörtern und Sätzen	20		27	
Summa	270		398	

In beinahe allen Fällen war *Rinne* positiv, in den meisten Fällen die Knochenleitung aufgehoben.

Die Veröffentlichung seiner vollständigen umsichtigen und werthvollen Arbeit stellt Verf. zu Anfang nächsten Jahres in Aussicht.

Witmer, A. H., **Irresein der farbigen Rasse in den Vereinigten Staaten. — (The Alienist and Neurologist. Januar.)**

Der Ausdruck farbige Rasse ist jetzt allgemein gebräuchlich, weil es jetzt wahrscheinlich keine reinen Vollblut-Neger in den Vereinigten Staaten gibt und die Rasse gemischt ist.

Vor dem Bürgerkriege von 1861—1865 erregte die vorliegende Frage wenig Aufmerksamkeit. Mancher einsichtige Mann der Südstaaten, früher Sklavenhalter, erzählte dem Verf., dass er vor dem Kriege wohl farbige Idioten und Epileptiker gekannt, aber nie von farbigen Geisteskranken gehört habe. Diese Mittheilungen dürften wenig beweisen, da man auch bei uns von älteren Leuten, die nie zu unserm Thema nähere Beziehungen hatten, ähnliche Aeusserungen betr. ihre Jugendzeit hören kann. Sie erscheinen jedoch dem Verf. glaubhaft, da der Bundescensus von 1860 nur 766 farbige Geisteskranke in den Ver. Staaten aufweist, bei einer Bevölkerung von 4,441,830. Dagegen spricht jedoch, dass 1858 Dr. *Williamson* vom Missisippi State Hospital Forderungen aufstellt bezüglich der öffentl. Fürsorge für geisteskranke Farbige, ferner folgende Thatsache.

Die erste öffentliche Fürsorge für farbige Geisteskranke in den Ver. Staaten fand statt in Verbindung mit dem Government Hospital für Geisteskranke zu Washington, eröffnet im Jan. 1855. Dasselbe nahm unter Andern auch farbige Geisteskranke des Districts Columbia auf, und zwar bis zum 30. Juni 1862, dem Jahre der Sklavenemancipation 58 farbige Geisteskranke (27 M. nnd 31 Fr.). Am Schluss dieser Periode blieben in Behandlung 21 (5 M. und 16 Fr.) bei einer geschätzten Bevölkerung von 16000 Farbigen. Dies macht 1 auf ca. 800, also eine ganz stattliche Zahl.

Die übrigen von den 766 farbigen Geisteskranken nach dem Census von 1860 vertheilen sich auf verschiedene Staaten. Die Sklaven unter ihnen

Digitized by Google

waren theils in Hospitälern, theils in besonderen Gebäuden in den Sklavenkolonien untergebracht.

Unmittelbar nach dem Kriege zeigte sich ein Anwachsen der farbigen Bevölkerung in einigen der nördlichen, früher nicht Sklaven haltenden, besonders den Grenzstaaten. Die erste weitere Fürsorge für farbige Geisteskranke traf 1866 Ohio in Verbindung mit seiner Hamilton-Districts-Anstalt Longview. Dieselben Bestrebungen zeigten sich dann in anderen Staaten.

Der National-Census von 1870 ergab 1822 farbige Geisteskranke auf eine Bevölkerung von 4,880,009. Diese Zahl muss viel unter der Wirklichkeit gewesen sein. Denn die Berichte der verschiedenen Hospitäler zeigen eine grosse Zahl Untergebrachter. Die Directoren etc. beantragen bei den Legislaturen Erweiterung der alten Institute oder die Errichtung neuer zur Unterbringung der farbigen Geisteskranken, „welche jetzt schmachten wie Verbrecher in unseren Gefängnissen".

Virginien war der einzige Staat, welcher eine besondere Anstalt für farbige Geisteskranke bei der Stadt Richmond errichtete. In den übrigen Staaten, wo sie in Staatsanstalten aufgenommen wurden, fand keine Vermischung der Rassen statt, indem die farbigen Geisteskranken in detachirten oder besonders errichteten Gebäuden aufgenommen wurden.

Alle mit der Fürsorge für farbige Geisteskranke Beschäftigten nahmen von 1870—1880 eine starke Zunahme der Verpflegten und der Aufnahme-Gesuche wahr. Doch kam das Resultat des National-Census von 1880 unerwartet. Derselbe ergab 6,157 Geisteskranke auf eine farbige Bevölkerung von 6,580,793. Demnach nähert sich der Procentsatz schnell dem der weissen Bevölkerung, welcher nach dem Census von 1880 1 Geisteskranken auf 500 Einwohner ergab.

Verf. nimmt nach diesem ein starkes Anwachsen der Geisteskranken bei der farbigen Bevölkerung an. Nach dem Dargestellten, und nach ähnlichen Ergebnissen bei uns, wird man Bedenken, jedenfalls bezw. einer starken Zunahme nicht unterdrücken können. Verf. entwickelt die Gründe der starken Zunahme, welche demnach nur psychologische Deutungen von angenommenen Thatsachen sind, die als solche nicht feststehen.

Seine Gründe sind: die farbigen Leute sind von Natur furchtsam, argwöhnisch und erregbar, empfindlich gegen die Calamitäten des Krieges, Erregungen der Politik, Einflüsse der Religion, welchen sie während der letzten 25 Jahre ausgesetzt waren. Vor ihrer Emancipation war die Gesundheit und Moral der Sklaven sorgsam behütet und gegen Trunksucht, geschlechtliche Ausschweifungen und geschlechtliche Krankheiten waren sie sorgfältig bewahrt. Nach ihrer Befreiung fielen sie bei Mangel an Festigkeit, einer tieferen Religion, Kenntniss der Welt und der Gesetze der Gesundheit den Schädlichkeiten der vorgeschrittenen Civilisation anheim.

Verf. ist der Ansicht, dass die Formen der Geisteskrankheiten dieselben bei der weissen und schwarzen Bevölkerung sind. Die Aufregungsformen, gewöhnlich unter Manie bezeichnet, werden öfter aus naheliegenden

Digitized by Google

Gründen in den Hospitälern angetroffen. Die unter Melancholie klassificirten Formen werden oft von den Angehörigen verheimlicht, bei ihrem Aberglauben der Verzauberung oder bösen Geistern zugeschrieben und mit einem Fetisch oder mystischen Zauber behandelt. Während dieser Kur stirbt der Patient entweder oder verfällt zu Hause in harmlose Ruhe oder Blödsinn.

Dementia paralytica ist wohl ausgeprägt und leicht zu erkennen, die Grössenideen, gewöhnlich vorhanden, nicht so exaltirt als bei Weissen. —

Selbstmordtendenzen sind ungewöhnlich. Verf. hat in 22 Jahren nur 1 Selbstmord erlebt.

Die Erblichkeit hat nach Verf. einen geringen, wenn irgend einen Antheil unter den Ursachen der Geistesstörung.

„Es ist zu früh in der Geschichte ihrer Freiheit, als dass die degenerirenden Wirkungen der Civilisation in der Nachkommenschaft der früheren Sklaven sich offenbaren.“ Stände diese Thatsache fest, so wäre sie in zweifacher Hinsicht von Interesse. Sie würde gegen *Weissman*, *Ziegler* etc. ins Gewicht fallen, indem, wo die Erblichkeit sich geltend macht, dies dadurch geschieht, dass krankhafte Zustände im Einzelleben erworben, und diese auf die Nachkommenschaft vererbt werden. Dann ist zu erwägen, dass für gewöhnlich die Erblichkeit und das Angeborensein als die wesentlichste Ursache der Geisteskrankheiten gilt, und hier ohne Erblichkeit, ganz stattliche Zahlen von Geisteskranken vorkommen. — Opiumgebrauch wird selten angetroffen.

Verf. gibt dann eine Statistik der Aufnahmen etc. der farbigen Geisteskranken in das Government Hospital in Washington vom 1. Jan. 1855 bis 30. Juni 1889. Es fanden 906 Aufnahmen statt (532 M. 374 Fr.). Darunter

Acute Manie	365
Chronische Manie	149
Melancholie	93
Dementia	147
Senile Dementia	29
Epileptische Dementia	50
Allgemeine Paralyse der Irren	38
Imbecilität	23
Dipsomanie	12

Von diesen wurden entlassen:

genesen	165 M.	90 Fr.	zusammen 255
gebessert	49 -	49 -	- 98
ungeheilt	12 -	3 -	- 15
gestorben	192 -	140 -	- 332
Sa.	418 M.	282 Fr.	zusammen 700

Verblieben
30. Juni 1889: 114 - 92 - - 206.

Digitized by Google

Diese Ausgänge, speciell das Genesungs-Procent von 28,15 (M. 31,02; Fr. 24,06) stimmt nach Verf. mit dem der Geisteskranken im Allgemeinen überein.

Verf. bringt noch 7 Photographien verschiedener Formen, welche, mit 1 Ausnahme, abgesehen von Hautfarbe und Haaren, nicht viel Unterschied von den Physiognomien Europäischer Geisteskranker zeigen.

Die interessante und dankenswerthe Arbeit ist (wie die von *Uckermann* über die Taubstummen in Norwegen) als Vortrag auf dem internationalen medicinischen Congress in Berlin gehalten.

***Ignatew, M. W.*, 1. Ein statistischer Umriss der Geisteskranken in Russland. 2. Zur Statistik Geisteskranker. — Wjestnik psych. VIII. Jahrg. 2. H.**

1. Da es bis jetzt noch keine officielle Statistik der Irren in Russland gibt, der Werth derselben aber anerkannt ist, so erscheinen eben von Zeit zu Zeit neue Versuche zur Feststellung einer Irrenstatistik. *I.* hat um sichere Zahlen zu erhalten als Grundlage seiner Forschung die Besichtigung und Untersuchung der Militärpflichtigen während der Jahre 1884—1888 genommen und gefunden, dass im europäischen Russland während dieser 5 Jahre 1,852,689 junge Männer besichtigt wurden und 3,390, was 1,8 pro Mille ausmacht, wegen Geistesstörung als untauglich zum Militärdienst befunden wurden. In Sibirien d. h. in den Gouvernements Eniseisk, Irkutsk, Tobolsk und Tomsk, wurden in derselben Zeit 46676 besichtigt und 119 = 2,5 pro Mille untauglich befunden; in den kaukasischen Gouvernements Tiflis, Kutaisk und Erivan von 3337 im Jahre 1888 besichtigten 20 = 5,9 pro Mille untauglich befunden.

In den einzelnen Gouvernements Sibiriens schwankt dieser Procentsatz nur zwischen 2,2 und 3,0 pro Mille; während in den europäischen Gouvernements dieses Schwanken sich zwischen 0,7 und 6,1 pro Mille bewegt (Gouvernement Lublin und Eskland).

Der Procentsatz der Geisteskranken ist in den westlichen Gouvernements, mit Ausnahme der Ostseeprovinzen, ein geringerer als in den östlichen.

Wird nun angenommen, dass die Bevölkerung des europäischen Russlands 95 Millionen beträgt, von denen die männliche Jugend zwischen 20 bis 25 Jahren 9,1 pCt. ausmacht, weiter wissen wir, dass (aus den Hospitalberichten) die Zahl der Irren dieses Alters, welche sich in den Anstalten und Hospitälern befinden gegen 15 pCt. aller in den Anstalten sich befindenden Kranken ausmacht, und dass die Zahl der kranken Frauen $^2/_3$ der geisteskranken Männer beträgt, so können wir leicht berechnen, dass die allgemeine Zahl der Geisteskranken im europäischen Russland nicht weniger betragen kann als 86000, was 0,9 pro Mille der Einwohner gleich kommt.

2. Die zweite Arbeit desselben Verfassers beschäftigt sich mit einer

Digitized by Google

Irrenstatistik des Gouvernements Kiew mit Ausnahme der Stadt Kiew. Diese Zählung geschah ohne Betheiligung der Aerzte und brachte folgendes Resultat. Das Gouvernement hat 2,811,493 Einwohner und darunter 2,233 Geisteskranke und zwar: erworbene Geistesstörung 479 Personen, Schwach- und Blödsinnige von Geburt an 868 und Epileptiker 826.

Geisteskranke Männer fanden sich 1365 = 61 pCt.
- Frauen - - 868 = 38 -

die Zahl der geisteskranken Frauen beträgt also nur 63 pCt. der Männer.

Aus denselben Zahlen sieht man, dass in dem Gouvernement Kiew auf je 1000 Einwohner der verschiedenen Stände entfallen geisteskranke Bauern 0,8, Bürger 0,4, dem Adel und privilegirten Stande aber 1,6.

A. v. Rothe.

Digitized by Google

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau 3*

Paul, J., Ueber die drei Wege des Denkens. *Dreher, E.*, Sinneswahrnehmung und Traumbild. *Hughes, C. H.*, Psychical or Physical. *Hodgson*, The philosophical relations of Neurology. *Bristowe*, On the nature and relations of Mind and Brain. *Shand, A. F.*, The nature of Consciousness. *Schlegel, E.*, Das Bewusstsein, Grundzüge naturwissenschaftlicher und philosophischer Deutung: mit Geleitsworten von Prof. *Th. Meynert*. *De-Sarlo*, l'attività psichica incosciente in Patologia mentale. *Morselli, E.*, La psichiatria moderna nei suoi rapporti con le altre Scienze. *Predieri, Ab.*, Sintesi delle Variazioni presentata dalla Superficie del Cervello umano. *Bianchi, L.*, La Psicologia in rapporta alle ultime nozioni di Fisiologia del Cervello. *Tanzi, E.*, Diffusione sistematica dei Reflessi nell' Uomo. *Tschiesch, W.*, Die Sittlichkeit Geisteskranker. *Soury*, Les fonctions du cerveau. *Babinski, J.*, Hypnotisme et Hystérie. *Gerster*-München, Der Hypnotismus in der Therapie.

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin 13*

Müller, Georg Elias, Theorie der Muskelcontraction. *Stumpf, Carl*, Tonpsychologie. *Michelson, Eduard*, Untersuchungen über die Tiefe des Schlafes. *Lehmann, Alfr.*, Kritische und experimentelle Studien über das Wiedererkennen. *Kuelpe, Oswald*, Ueber die Gleichzeitigkeit und Ungleichzeitigkeit von Bewegungen. *Scripture, E. W.*, Ueber den associativen Verlauf der Vorstellungen. *Scripture, E. W.*, Zur Definition einer Vorstellung. *Wundt, W.*, Zur Frage des Bewusstseinsumfanges. *Higier, Heinrich*, Experimentelle Prüfung der psychophysischen Methoden im Bereiche des Raumsinnes der Netzhaut. *Stumpf, Carl, Wundt*'s Antikritik; *Wundt, Wilh.*, Eine Replik *C. Stumpf*'s. *Nichols, Herbert*, The psychology of time. *Sandfort, Edmund, C.*, A laboratory course in physiological psychology.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien 23*

Kretschmar, F., Die Unvollkommenheit der heutigen Psychiatrie und die Mangelhaftigkeit der deutschen Irrengesetzgebung mit Entwurf einer neuen Irrenprocessverordnung. *Savage, H.*, The

Digitized by Google

Seite

Plea of Insanity. Plea of Insanity in Criminal Cases. *Chambard*, Wichtigkeit der Anamnesen bei der Beurtheilung psychiatrischer Fälle. *Macdonald, Arthur*, Ethics as applied to Criminology. *Siemens*, Zur Frage der Entmündigung der Alkoholiker. *Marandon de Montyel*, Ueber Alkoholepilepsie vom gerichtsärztlichen Standpnnkt. *Wight, T. L.*, Observations on the Criminal Status of Inebriety. *Charpentier*, Ueber Kerkermelancholie. *Garnier*, Die Melancholie und die gerichtliche Medicin. Doppelselbstmord. Strafbarkeit des Ueberlebenden. *Reinach*, Verbesserungen der Irrengesetzgebung. *Percy-Smith, R.*, Defects in the Working of the Lunacy Act. 1890. *Longbois*, Zur Kenntniss des Geisteszustandes der Hysterischen. *Motet, Ballet, Richardière*, Gutachten über den Geisteszustand einer Mörderin. *Magnan*, Gerichtliche medicinische Betrachtungen. *Moreau*, Gerichtlich psychiatrische Fälle in Italien. *Levillain*, Die Neurasthenie und das Forum. *Brouardel, Motet, Ballet*, Der Fall Gouffé (Geisteszustand der Gabriele Bompard). *Gilles de la Tourette*, Der Epilog einer Cause celèbre. *Guimbal*, Strafbare Handlungen der Morphiomanen. *Kaan*, Ueber moralische Depravation in ethischer und sexueller Sphäre bei chronischem Morphinismus. *Hospital*, Fall von „Folie érotique". *Fritsch*, Forensische Casuistik. (Meuchelmord; angeborener Schwachsinn; Unzurechnungsfähigkeit). *Merzejewski, J.*, Das Verbot öffentlicher hypnotischer Vorstellungen in Russland. *Tschisch, W.*, Vorlesungen über die gerichtliche Psychopathologie. *Tonin, S. A.*, Verbrechen begangen während anhaltenden Trinkens. *Iwanowa, W. S.*, Zur Frage der von Geisteskranken begangenen Verbrechen. *Kandinski, W. Ch.*, Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit. *Rok Ankersmit, P.*, Ein forensischer Fall von moralischem Irresein.

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie.

Ref.: Schüle-Illenau 46*

Allgemeine Pathologie 46*

Deventer, V., Die Lehre von den Temperamenten. *Ballet, Gilbert*, Die innerliche Sprache und die verschiedenen Formen der Aphasie. *Gauster, M.*, Die Influenza-Epidemie 1889/90 in der Landes-Irrenanstalt in Wien. *Weitzel*, Zwei Kaiser. *Bechterew, W.*, Apparate zur genauen klinischen Untersuchung des Kniephenomens. *Hughes*, Bemerkung über den männlichen Reflex. *Cumming Mackenzie, John*, Die Circulation im Schädel während des Schlafes und bei Schlaflosigkeit. *Kiernan, Jas. G.*, Die Entwicklung von Täuschungen bei Zwangsvorstellungen. *Bancroft, Ch.*, Automatische Muskelbewegungen bei den Geistesgestörten; deren physiologische Bedeutung.

Aetiologie 53*

Wright, Adam H., Das gemüthsbewegende Element während der Puerperalperiode. *Wells, Thomas L.*, Geisteskrankheiten bei Kindern. *Herzog, Benno*, Einiges über das psychische Verhalten der mit dem *Koch*'schen Mittel behandelten Kranken. *Haig, A.*, Harnsäure bei Krankheiten des Nervensystems.

Digitized by Google

Seite

Bjeljakow, *S. A.*, Ueber den Einfluss der Erkrankungen des Gehörorgans auf die Entwicklung und den Verlauf der Geisteskrankheiten. *Barnes*, Ueber die Beziehungen zwischen Geschlechtsfunction und seelischen Störungen beim Weibe.

Therapie 61*

Brosius, Ueber die Bettbehandlung der Geisteskranken. *Preller*, Die Wasserkur und ihre Anwendungsweise. *van Deventer*, Der Einfluss der Tonkunst auf psychopathologische Zustände.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . . 63*

Schütz, *H.*, Anatomische Untersuchungen über den Faserverlauf im centralen Höhlengrau und den Nervenfaserschwund in demselben bei der progressiven Paralyse der Irren. *Zacher*, *Theod.*, Beiträge zur Kenntniss des Faserverlaufes im Pes pedunculi sowie über die corticalen Beziehungen des Corpus geniculatum internum. *Mendel*, *E.*, Ueber die Apoplexia cerebri sanguinea. *Grawitz*, Ein Fall von Aplasie der Grosshirn-Hemisphären. *v. Monakow*, Ueber Porencephalie. *Klebs*, Neue Beobachtungen aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie des Nervensystems bei gewissen Formen der Paralyse. *Waldeyer*, Ueber einige neuere Forschungen im Gebiete der Anatomie des Centralnervensystems. *Claus*, *A.*, (Annales et Bulletin de la Société de médicin de Gand). *Doursont*, Ueber einige Fälle von Atrophie und Hypertrophie des Kleinhirns. *Goodall*, *Edwin*, Ueber Befunde an gewissen Theilen des Nervensystems in einem Falle von spastischer Hemiplegie, welche in höherem Maasse die rechte obere Extremität, in geringem Maasse die rechte untere Extremität betroffen hatte. *Mercier*, *A.*, Ueber das Hirngewicht bei Geisteskranken, betreffend die Hemisphären, Lappen, Hirnstamm und Kleinhirn, tabellarisch zusammengestellt. *Trowbridge*, *Gros. R.*, Ueber einen Fall von Hirngeschwulst ohne charakteristische Symptome. *Gudden*, *Hans*, Beitrag zur Kenntniss der Wurzeln des Trigeminus-Nerven. *Kreuser*, *H.*, Ueber einen Fall von erworbener Porencephalie mit secundärer Degeneration in der Opticus-Bahn und im lateralen Bündel des Hirnschenkelfusses. *Bjelakow*, *S. A.*, Cysticerci piae matris cerebri. *Rossi*-Florenz, *Enrico*, Il cervello di un idiota. *Colella*, Contributo alla Fisiologia dei Lobi pre-frontali del Cervello e alle Chirurgia cerebrale. *Knapp*, *Phil.*, *Coombs*, The pathology, diagnosis and treatment of intracranial growths.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn 73*

Scheiber, *S. H.*, Ueber einen Fall von Agoraphobie (Platzangst) und Koinoniphobie (Gesellschaftsangst). *Journiac* u. *Sérieux*, Klinische Vorlesungen über die chronische Paranoia mit systematischer Entwicklung. *Sérieux*, Die chronische Paranoia mit systematischer Entwickelung und die Psychosen der Degenerirten. *Blin*, Die Verfolgungsidee in der Melancholie und dem Verfolgungswahn. *Rosenbach*, *P.*, (Petersburg), Beitrag

Digitized by Google

Seite

zum Studium einiger acuter Irreseinsformen und ihre Beziehung zur Paranoia. *Roth, E.*, (Belgard), Vier Fälle traumatischer Neurose nebst Bemerkungen zu denselben. *Introsinsky, Richard*, Ueber Influenzapsychosen. *Pelizaeus, Fr.*, Ueber artificielle Neurasthenie. *Bayer* (Brüssel), Ein Fall von Bewusstlosigkeit nach Körpererschütterung; Rückkehr des Bewusstseins nach Lufteintreibung ins Mittelohr. *Dagonet, Jules*, Chronische Melancholie mit Angstzuständen. Verlust des Gefühls der Persönlichkeit. *Nolan*, Geistesstörung nach Hypnotismus. *Elkins, Frank, Astley*, Ein Fall von Geistesstörung mit Mord und Selbstmord. *Robertson, Alex.*, Ein Fall von acuter Dementia, behandelt mit Wärme und Kälte auf den Kopf, Elektricität, allg. Massage etc. *Urquhart*, Fall von sexueller Perversion. *Hadden*, Ueber gewisse Articulations-Störungen bei Kindern. *Macpherson, John*, Manie und Melancholie. *Ball*, Folie cardiaque. *Naumow, J. J.*, Zur Casuistik des katatonischen Irreseins. *Lehr, G.*, Die nervöse Herzschwäche (Neurasthenia vasomotoria) und ihre Behandlung. *Buringh Boekhoudt*, Periodischer hallucinatorischer Wahnsinn. *Marandon de Montyel*, Ueber Chloralamid. *Benedict*, Zur Therapie der Neurasthenie und der functionellen Neurosen überhaupt. *Roubinovitch*, Ueber Sulfonal bei Geisteskranken.

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 90*

Zacher (Ahrweiler), Ueber zwei Fälle von acuter Paralyse. *Trowbridge* (Danville, Amerika), Neunzig Fälle von Dementia paralytica. *Meilhon* (Aix), Beitrag zum Studium der allgemeinen Paralyse bei den Arabern beobachtet. *Rottenbiller* (Budapest), Ein Fall von circulärer Paralyse. *Gilles, Charles-Amable*, Ueber die Folie à double forme in ihrer Beziehung zur allgemeinen Paralyse. *Bielaloſ*, Pachycephalie und vorzeitige Dementia paralytica. *Bouchaud*, Ueber die relative Häufigkeit der allgemeinen Paralyse bei Laien und Geistlichen. *Zagari* (Neapel), Ueber Veränderungen im Sehhügel bei der progressiven Paralyse. *Meschede* (Königsberg), Ueber die den paralytischen Anfällen zu Grunde liegenden pathologisch-anatomischen Veränderungen. *Gerdes* (Jever), Versuche über paralytischen Blödsinn bei Hunden. *Targowla*, Multiple symmetrische Lipome bei einem Paralytischen. *Voisin* (Paris), Die Beziehungen der Intoxicationen zur allgemeinen Paralyse. *Marie* u. *Bonnet*, Statistische Documente zum Studium der Ursachen der allgemeinen Paralyse. *Camuset*, Klinische und statistische Documente bezüglich der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. *Rousset* (Bron), Ueber die Rolle des Alcoholismus in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. *Combemale*, Experimentelle Untersuchungen über den Alcoholismus chronicus als Ursache der allgemeinen Paralyse. *Charpentier*, Studien über die makroskopischen Läsionen durch alkoholische Intoxication bei 43 secirten Paralytikern. *Joffroy*, Ueber die pathologische Histologie der allgemeinen Paralyse. *Camuset* (Bonneval), Mittheilung über die allgemeine Paralyse syphilitischen Ursprungs. *Tarnowsky* (St. Petersburg), Die Syphilis

Seite

des Gehirns und ihre Beziehungen zu anderen Erkrankungen des Nervensystems. *Standthartner* (Wien), Luēs cerebri. *Lancereaux*, Die Encephalitis syphilitica. *Fisher* (New-York), Syphilis des Nervensystems. *Charcot* (Paris), Ein Fall später hereditärer Hirnsyphilis. *Mader* (Wien), Gehirnsyphilis. Energische Einreibungskur. Heilung. *Kowalewski, P. J.*, Gehirnsyphilis und ihre Behandlung.

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 113*

Guder, Ueber den Einfluss der Schwangerschaft auf Epilepsie. *Bissell, Helen, W.*, Zwei Fälle von epileptiformen Convulsionen in früher Kindheit. *Bitot, Emil*, Trophische Störungen bei Hysterie. *Potts, Charles*, Antipyrin in Verbindung mit Ammoniumbromid bei Epilepsie. *Prince, Morton*, Associations-Neurosen: Eine Studie der Pathologie der hysterischen Gelenkschmerzen, der Neurasthenie und der auf Nachahmung beruhenden Neurosen. *Tomlinson, A., H.*, Hysterische Manie? *Charcot*, Ein Fall von Hystérie simulatrice du Syndrome de Weber. *Oppenheim* u. *Kochler*, Casuistischer Beitrag zur Hirnchirurgie. *Stembo*, Ein Fall von *Gilles de la Tourette*'scher Krankheit. *Charcot* et *Guinon*, Beiträge zur Geschichte des Somnambulismus. Hysterischer Somnambulismus (phase passionelle de l'attaque, attaque delirante, attaque de somnambulisme). *Pitres*, Trophische Störungen bei Hysterie. *Gilles de la Tourette*, Ueber einige wenig bekannte hysterische Anfälle: Anfälle in Form einer Gesichtsneuralgie, von *Ménière*'schem Schwindel. *Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, Das Blut bei Hysterie. *Boinet*, Zittern, rythmische Zuckungen etc. etc. hysterischer Natur. *Guinon*, Ueber die Hysterie in ihrem Verhältnisse zur Chirurgie. *Guinon* u. *Sophie Waltke*, Ueber den Einfluss der Reizungen der Sinnesorgane auf die Hallucinationen „de la phase passionelle de l'attaque hystérique". *Cherrin*, Hysterisches Stottern. Examen des Observations de *M. M. Ballet* et *Pitres*. *Thyssen*, Ueber Astasie-Abasie. *Kuznekow, W. P.*, Ein Fall von Astasie-Abasie. *Velgersma, G.*, Moralisches Irresein.

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig . . . 136*

Demme, Ueber den Einfluss des Alkohols auf den Organismus des Kindes. *Kahlbaum*, Ein internationaler Vorschlag zur rationellen Behandlung der Dipsomanie. *Koschewnikow, A.* (Moskau), Alkoholparalyse. Paralysis alcoholica. Das Asyl für Trunksüchtige zu Hooghulle. *Watson*, Ueber Opiumsucht, ihre Wirkungen, Nothwendigkeit einer Gesetzgebung und Behandlung. *Reichert*, Ueber die Wirkung des Cocains auf das Gefässsystem. *Chauveau*, Die Verhütung der Hundswuth. *Spencer, W. G.*, Tod eines Kindes an Hundswuth zwei Jahre und vier Monate nach dem Biss von einem wüthenden Hunde.

Digitized by Google

Seite

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart 143*

Sollier, Paul, Psychologie de l'idiot et de l'imbécille. *Römer. J.*, Ueber psychopathische Minderwerthigkeiten des Säuglingsalters. *Ireland, William*, Ueber die Fähigkeit zu zählen und deren Verminderung bei Idiotie und Irresein. *Hadden, W., B.*, Eigenartige Sprachstörung bei Kindern. *Goodall, E.*, Fall von spastischer Hemiplegie mit Autopsie. *Bourneville, Sollier, Pilliet*, Recherches clinique et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Compte rendu du service des enfants idiots épileptiques et arrierés de Bricêtre. Regensberg. Hephata zu M. Gladbach.

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 153*

Chambard, E., Essai critique sur l'organisation médico-administrative du service des aliénés. *Garnier*, Direction administrative et médicale des établissements d'Aliénés. *Lapoint*, De la réunion des functions méd. et administr. dans les asiles d'aliénés. *Dodds, Strakan* and *Greenlees:* Assistent Med. Officers in Asylums. Their Status in the Specialty. Berlin. Sigmaringen. Johannisberg bei Kaiserswerth. München. Bayreuth. Gabersee. Roda. Hildburghausen. Friedrichsberg bei Hamburg. Lübeck. Bremen. Rockwinkel. Potsdam. Troppau. Niedernhart. Feldhof incl. der Filialen Kainbach, Lankowitz, Hartberg. Pergine. Bericht über die im Königreich Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische auf 1885/7. Basel. Burghölzi. Königsfelden. St. Pirminsberg. Maison de Santé de Préfargier. Ellikon a. d. Thür. New-York. Berry Wood. Nova Scotia. Kankakee. Philadelphia. Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten. 15. Bericht des Züricher Hülfsvereins für Geisteskranke über 1890. Buraschew (Gouv. Twer). *Sinani, B.*, Bericht über die Kobnosche Irrenanstalt (Gouv. Nowgorod) für das Jahr 1890.

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf 169*

Uckermann (Christiania), Statistische Mittheilungen über die Taubstummheit in Norwegen. *Witmer, A. H.*, Irresein der farbigen Rasse in den Vereinigten Staaten. *Ignatew, M. W.*, 1. Ein statistischer Umriss der Geisteskranken in Russland. 2. Zur Statistik Geisteskranker.

Digitized by Google

Verlag von **Georg Reimer** in Berlin,
zu beziehen durch jede Buchhandlung.

Klimatische
Sommerkurorte.
Leitfaden für Aerzte und Laien

von

Dr. med. Herm. Reimer.

Zweite Auflage.

Preis gebunden 5 Mark.

Nationalzeitung Berlin No. 395 vom 30. Juni 1891.

Der treffliche Bäderführer „Klimatische Sommerkurorte" von Dr. Hermann Reimer ist soeben im Verlage von Georg Reimer, Berlin in zweiter Auflage erschienen. In knappem, übersichtlichem Gewande sind die klimatischen Kurorte der Ost- und Nordsee, des deutschen Mittelgebirges, der Alpen und Voralpen geschildert und ist damit für Aerzte wie Laien ein dankenswerther Führer gegeben, mit dessen Hilfe Jeder je nach dem Stande seiner Gesundheit, nach seinen Ansprüchen an Komfort und auch nach seinen Geldmitteln eine richtige Wahl treffen kann. Etwa 450 Kurorte innerhalb Deutschlands, Oesterreichs und der Schweiz werden aufgeführt, die in klimatischer Beziehung, in Seeklima, Wald- und Höhenklima gruppirt sind., Beachtenswerthe Rathschläge über die Reise, Unterkunftsverhältnisse und die Kosten des Aufenthalts machen das Buch auch practisch werthvoll. —

Allgem. Zeitung München No. 180 vom 1. Juli 1891.

Ueber etwa 500 Sommerkurorte, geordnet nach den drei Zonen des See-, Waldgebirgs- und Höhenklimas von den deutschen Küsten her durch das Mittelbergland bis zu den Hochalpen hinan, wird in einfach reiner Sprache theils sicher belehrende, theils im Umriss schildernde Auskunft ertheilt. Klare geographische und klimatologische Anschauung, ärztliche Einsicht nnd Erfahrung tritt als Grundlage des Ganzen, zusammengefasst in der Einleitung, einzeln aufleuchtend an jeder Stelle des Buches selber zu Tage. In gedrängten Anmerkungen finden sich genaue Daten über Reisewege, Unterkunft, ärztliches Personal, Cureinrichtungen allerart — wo es angeht, in Ziffern — vereinigt. Das Urtheil ist gemessen, wie im Baedeker, doch nicht gar so trocken; vielmehr von der ruhigen Wärme reifer Kenntnis und Ueberlegung. Nirgend zeigt sich ein unfeiner Laut der Anpreisung, eine Spur von zufälliger Vorliebe. Fels, Wald und Meer kommen mit der heilsamen Luft, die darüber schwebt, nach gleichem Masse zur Geltung. Darf man so allem zustimmen was gesagt, so wird doch vielleicht Mancher ein und das andere liebgewonnene Erdfleckchen vermissen, das übergangen ist. Um ein Beispiel zu nennen, gedenken wir der sogenannten holsteinischen Schweiz, jener buchenumrauschten Landseen der Eutiner und Plöner Gegend, wo sich zumal in Gremsmühlen und am Kellersee unterm Einfluss besonders der Hamburger Sommergäste von Jahr zu Jahr mehr ein curörtliches Leben entfaltet hat, dessen von Natur und Kunst geschaffene Vorzüge nunmehr bereits wenigstens über Norddeutschland hin eines gesegneten Rufes geniessen. Vielleicht erschien dem Verfasser in diesen Regionen der Waldesduft nur da der Rede werth, wo er sich unmittelbar mit dem Odem des Meeres vermischt. Für solche Ergänzungen, wenn sie auch Anderen als ein Bedürfniss erscheinen, mag die dritte Auflage sorgen. Vorderhand ist die Stunde da, das Büchlein in dieser zweiten zur Wahl des Reiseziels zu ergreifen; es im Zusammenhange mit geistigem Vergnügen zu lesen und zu studiren, wird indess auch später noch alle Tage die rechte Zeit sein.

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Grashey München — **von Krafft-Ebing** Wien — **Pelman** Bonn — **Schuchardt** Sachsenberg — **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Achtundvierzigster Band.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1891.

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 2. Halbjahre 1890.

Redaction: **Schuchardt**-Sachsenberg.

Digitized by Google

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Commissionsbericht über Suggestions-Therapie bei Geisteskranken. (Ertheilt in der Versammlung der Ital. Irrenärzte zu Novara im Septbr. 1889.) — Aus Arch. ital. p. l. mal. nerv. etc. XXVII. 5.

Die kritische Sichtung der bedeutendern bisher bekannt gewordenen fremden, wie einer Reihe eigener Beobachtungen führte die Berichterstatter — Dr. *G. Seppilli* als Referenten, Prof. *Funajoli* als Correferenten — zu folgenden, auch in der Discussion über den Gegenstand von Prof. *Bianchi*-Palermo — bestätigten Schlüssen:

1. Die hypnotische Suggestionstherapie kann nicht den Anspruch machen als allgemeines Kurmittel für Geisteskranheiten zu gelten, weil die Irren nur schwierig sich hypnotisiren lassen.

2. Die Hypnose tritt leichter bei Hysterischen und Epileptischen ein.

3. Den sichersten Erfolg hat man bis jetzt bei Psychosen auf hysterischer Basis und bei Dipsomanie erreicht.

4. Die hypnotische Suggestion ist nur von Erfolg, wenn der Kranke freiwillig derselben sich unterwirft und Vortheil davon erwartet. Der Arzt muss dabei vorsichtig verfahren und auf die möglichen schädlichen Folgen in gewissen Fällen bedacht sein.

5. Die Suggestion im wachen Zustande ist das wirksamste Heilmittel in Geisteskrankheiten; auf ihm beruhen fast allein die günstigen Erfolge der Irrenanstalt, die eine wahrhaft suggestive Atmosphäre bildet.

6. In Zuständen von Melancholie ohne Wahnvorstellungen, von Zwangsvorstellungen, von Alcoholismus, von leichten Graden Stupors, kann die methodisch wiederholte Suggestion im Wachen günstigen Einfluss für die Beseitigung der Krankheitssymptome haben.

7. In chronischen Fällen von Verrücktheit hat die Suggestion niemals erfolgreich sich erwiesen.

***Funkhouser, Rob.*, St. Louis, Mo. — Hypnotism (The Alienist and Neurologist. Juli).**

„Die Erscheinungen des H. zu leugnen ist ein Geständniss grober Unwissenheit, nicht ein Zeichen von Skepticismus“ sagt Verf., der aus

Digitized by Google

eigenen Erfahrungen eine Reihe allgemeiner Grundsätze und beherzigenswerther Massregeln zur Vorsicht beim Hypnotisiren beibringt, das seiner Ansicht nach nicht auf blosser Suggestion beruht. H. sei nicht als Schlaf, noch auch als Aufhören der Willenskraft zu bezeichnen, da die Beeinflussung auch im wachen Zustande stattfinden kann. Die Fähigkeit dazu bestehe in der Leichtigkeit der Aneignung fremder Denkweise und sei weder Krankheit noch Gesundheit. Demzufolge sei auch die Möglichkeit der Gedankenübertragung gegeben. —

***Grimaldi, A.* e *Fronda, R.*, Trasmissione del pensiero e suggestione mentale. Stud. sperim. e critico. — Il Manicomio Bd. VI. H. 1 u. 2.**

Ihre mit aller Vorsicht angestellten Versuche an einem 20jährigen Schriftsetzer, der im autosomnambulen Zustande sein Geschäft correct besorgte, zeigten den Verf. die Möglichkeit der Gedankenübertragung durch Mental-Suggestion o h n e unmittelbare Berührung. — Die Leistungen des Sujets, der ein zweiter *Pickmann* zu werden sich versprochen hatte, bestanden allerdings nur in nicht ganz zutreffender Wiedergabe von Dreiecken, Kreisen, in der Zeichnung eines Gesichtes, eines Vogels, eines Namens — mussten aber unterbrochen werden, da sie ihn bis zur Todmüdigkeit anstrengten und er in bedenkliche Nervenzustände — Katalepsie und Convulsionen verfiel.

***Fuchs, Fr.*, Bonn, Die Comödie der Hypnose. — Berliner klin. Wochenschr. No. 46. 1890.**

Zahlreiche von „Meistern" im Fache ausgeführte Hypnosen an „grossen Subjecten" haben dem Verf. die Ueberzeugung beigebracht, dass die zu den Schaustellungen benutzten Personen nichts als Comödianten sind. Beispiele aus der Pariser (*Luys*'schen) Klinik betr. Fernwirkung von Arzneistoffen, Objectivirung physiologischer Vorgänge, Gedächtnissproben u. a. m. mögen auf Täuschung beruhen, den „geringen Kern" der Sache, die Suggestion, mag indess auch der Verf. nicht wegleugnen und führt dafür ein Beispiel aus seiner eigenen Praxis auf, wo ein jahrelanger heftiger Gesichtskrampf nach einmaligem Anwenden des elektrischen Stromes total verschwand. Mit Recht geisselt F. die öffentlichen Schaustellungen, und insbesondere die eines Herrn *Albin Krause*.

***Hirt, L.*, Die Bedeutung der Suggestionstherapie für die ärztliche Praxis. — Wiener medic. Wochenschr. No. 30. Schluss. Vgl. d. Ztschr.**

Verf. sagt: Nicht alle Hirnnerven sind in gleicher Weise und in gleichem Maasse zu beeinflussen. — Nie habe ich eine Oculomotorius-, eine periphere Facialis- und Hypoglossuslähmung sich bessern sehn. Der

Digitized by Google

meist centrale Tic convulsif verdient stets den Versuch der Suggestionsbehandlung. Tic douloureux (Trigeminus) ist derselben in hohem Grade zugänglich. Larynxneurosen (Vagus) geben den günstigsten Erfolg. —

Heilerfolge durch hypnotische Suggestion wurden bei Geisteskranken (Melancholie — hypochondrische Wahnvorstellungen) in folgenden 3 Fällen erzielt.

Voisin, A., **Lypemanie anxieuse avec gémissements. — Rev. de l'Hypnot. Januar. S. 202.**

Die 22 Jahre alte Näherin D. glaubt seit 4 Jahren brustkrank zu sein und sterben zu müssen, hat seit 6 Monaten heftige Angstanfälle, jammert, schläft nicht, geniesst fast nichts, magert ab. Herzklopfen, systolisches Blasen an der Basis, Anaemia — aber kein Zeichen von Lungentuberculose. Wegen Nahrungsverweigerung wird die Schlundsonde applicirt, es wird Eisen, Leberthran gegeben, 5 Wochen Morphium und Atropin subcutan — der Zustand bleibt derselbe. — Am 12. April wird Pat. hypnotisirt, in Lethargie versetzt, Schlaf u. s. w. suggestionirt. Am 14. April schon hat das Jammern aufgehört. Pat. schläft, isst freiwillig, wird noch alle 2 Tage bis Juni hypnotisirt und gesund entlassen, ist heiter und verständig, verheirathet sich am 14. September und ist am 11. December noch ganz gesund.

Roubinovitsch, **Guérison d'un accès de melancholie chez une dégénérée. — ibid. fevr. S. 244.**

Die Bäuerin P., 30 J. a., stark erblich belastet, ausserordentlich furchtsam und schreckhaft bei guter Intelligenz, will als 20jährige in ein Kloster gehn. Auf mehrjährige Verdauungsstörungen tritt die Zwangsvorstellung ein, sie müsse sich verheirathen. Es geschieht. Verschlimmerung des Geisteszustandes. Hochgradige Abmagerung; eigenthümlich trauriger Gesichtsausdruck. Spricht selten, langsam und klagt über ihre Gemüthlosigkeit für Mann, Vater. Lebensüberdruss. Isst nicht. Athem stinkend. Seit 2 Monaten schwanger. — Aeussere Degenerationszeichen fehlen. — Hypnotische Suggestion gelingt rasch. Schon nach der ersten Sitzung 2. Septbr. isst Pat., wird heiterer. Ende October ist sie völlig geheilt bei 42 kg Körpergewicht, das am 29. December auf 55 kg. gestiegen ist bei fortdauernd guter Stimmung und ohne alle Beschwerden.

Bérillon, E., **Neurasthénie grave. — ibid. Mai 1890. S. 336.**

F., Stabsofficier, 40 J. a., überarbeitet bei sitzender Lebensweise. Magenerweiterung (*Bouchard*). Verschiedenste Behandlung erfolglos. Abmagerung, Schwindel, Herzklopfen, Präcordialangst, Kopfschmerz. Schlaflosigkeit, Selbstmordgedanken. — Hypnotische Suggestion. Nach 3 Wochen vollständige Besserung aller Symptome. Fortdauernd gesunder Zustand noch nach Jahresfrist.

Digitized by Google

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin.

Jastrow, Joseph, The time relations of mental phenomena. — New-York, 1890.

Diese kleine Broschüre ist so nützlich, zeitgemäss und inhaltsreich, dass sie vor vielen dicken Büchern übersetzt zu werden verdiente. Sie bietet freilich weniger als der Titel verspricht, denn sie beschränkt sich der Hauptsache nach auf die sog. Reactionsexperimente und vernachlässigt, was man neuerdings z. B. über den zeitlichen Verlauf der Gedächtnissvorgänge ermittelt hat: aber innerhalb ihres Bereiches leistet die Zusammenstellung Vortreffliches. Besonders zu loben ist, dass der Verfasser überall den Zusammenhang der Laboratoriumsergebnisse mit Thatsachen des täglichen Lebens hervorhebt. — Nach einer kurzen Einleitung über die Geschwindigkeit der Nervenerregung bespricht Herr *Jastrow* die einfache Reaction, die dann statthat, wenn die Versuchsperson auf einen bekannten Reiz hin durch eine vorher festgesetzte Bewegung anzeigt, dass der Reiz empfunden worden ist. Die für die verschiedenen Sinnesgebiete so gefundenen Zahlenwerthe werden in einer übersichtlichen Tafel angeordnet. Alsdann berichtet er, was über die die einfache Reaction beeinflussenden Bedingungen bisher feststeht. Solche Bedingungen sind: auf der objectiven Seite die Natur und Stärke des Reizes sowie die Art der Reaction auf der subjectiven Seite die Erwartung, Aufmerksamkeit, Uebung, Ermüdung und Individualität des Experimentators, endlich das Vorhandensein einer leichten Intoxication oder einer Geisteskrankheit. Nach einer kurzen Erörterung der Methoden der Reactionsexperimente schildert der Verfasser die sog. „adoptive Reaction", worunter er im prägnanten Sinne eine Reaction versteht, bei der die Versuchsperson weder den Reiz noch den von dem Reiz abhängigen Antwortsmodus im Voraus kennt. Hierbei spielen Unterscheidung und Wahl die Hauptrolle; diese beiden Processe nebst den sie afficirenden Momenten werden ausführlich zergliedert. Eine Skizze der zu Associationen verschiedener Art nöthigen Zeiten und eine sehr zweckmässige Bücherliste schliessen die empfehlenswerthe Broschüre ab.

Kräpelin, Emil, Zur Kenntniss der psychophysischen Methoden. — Philos. Studien, Bd. VI, 4 S. 493—513.

Eine Hauptaufgabe der Psychophysik ist es, gesetzmässige Beziehungen zwischen Reizänderung und Empfindungsänderung festzustellen. Zur Lösung dieser Aufgabe verwendet man im Allgemeinen vier Methoden, die wir im Anschluss an Wundt's Darstellung kurz in Erinnerung zurückrufen wollen. 1) Methode der übermerklichen Unterschiede oder der mittleren Abstufung der Empfindungen. Drei Reize werden so abgestuft, dass der zweite nach

Digitized by Google

unserer Schätzung genau zwischen dem ersten und dritten die Mitte hält, und durch wiederholte Anwendung dieser Verfahrungsweise wird eine stetige Reizscala hergestellt. Misst man nun die physikalische Intensität der sämmtlichen zur Anwendung gekommenen Reize, so ergiebt sich hieraus unmittelbar die Beziehung zwischen der wirklichen und der von uns mittels der Intensität der Empfindung geschätzten Reizstärke. 2) Methode der ebenmerklichen Unterschiede oder der minimalen Aenderungen der Empfindung. Bei ihr sucht man auf verschiedenen Stufen der Reizscala diejenige Aenderung der Reizstärke festzustellen, welche eine minimale d. h. eben die Grenze unserer Auffassung erreichende Aenderung der Empfindung bewirkt. 3) Methode der mittleren Fehler. Es wird im Vergleich zu einer gegebenen Reizstärke eine zweite so lange abgestuft, bis sie eine von der ersten nicht zu unterscheidende Empfindung erzeugt. Die Genauigkeit, mit der dies geschieht, ist umgekehrt proportional dem durchschnittlich begangenen Fehler. Da nun die Genauigkeit der Bestimmungen um so grösser sein wird, je kleinere Empfindungsunterschiede wir zu schätzen vermögen, so muss auch die Unterschiedempfindlichkeit zu dem begangenen Fehler in umgekehrtem Verhältnisse stehen; jene lässt sich also aus diesem erschliessen. 4) Methode der richtigen und falschen Fälle. Lässt man zwei Reize auf ein Sinnesorgan einwirken, die in einer einzelnen Beobachtung eben merklich von einander verschieden erscheinen, so wird in oft wiederholten Versuchen das Resultat sich ändern: es werden die Reize bald gleich bald auch im umgekehrten Sinne verschieden erscheinen. Das Verhältniss der richtigen Fälle zur Gesammtzahl der Fälle wird aber offenbar um so mehr der Einheit sich nähern, je mehr erstens der Reizunterschied die Grenze des Ebenmerklichen überschreitet, und je grösser zweitens die Unterschiedsempfindlichkeit ist. Für die letztere lässt sich somit ein Maass gewinnen.

Ueber die Berechtigung der genannten Verfahrungsweisen, ihr Verhältniss zu einander und ihre Spielarten handelt die vorliegende gehaltreiche Untersuchung *Kräpelin*'s. *Kräpelin* fasst die Methoden 2 und 3 als „Grenzmethoden" zusammen und stellt ihnen 4 gegenüber. In dieser Methode, der der richtigen und falschen Fälle also, haben bisher die Gleichheitsfälle, wo entweder die Reize oder die Empfindungen gleich sind, grosse Schwierigkeiten verursacht. Deshalb empfiehlt der Herr Verfasser, ebenso wie *Jastrow* es thut, das Princip der Ungleichschätzung: unter völliger Ausschliessung der Fälle von physikalischer Reiz-Gleichheit wird der Versuchsperson die Aufgabe gestellt, unter allen Umständen einen der beiden verglichenen Reize als grösser zu bezeichnen. Diese Methode ist die sicherste, wenngleich zeitraubendste von allen. Ihr stellt *Kräpelin* (mit *Merkel*) eine Methode der Gleichheits- und Ungleichheitsfälle zur Seite, man wählt Reizdifferenzen unterhalb der Unterschiedsschwelle und lässt die Versuchsperson die Frage beantworten, ob die verglichenen Reize ihr gleich oder ungleich erscheinen. Bei wechselndem

Digitized by Google

Abstande der Reize von einander erhält man auf diese Weise eine Scala von Werthen, welche angeben, wie oft bei jeder Reizdifferenz der Unterschied unbemerkt geblieben ist; aus solchen Werthen wird dann mit Recht ein Urtheil über den Gang der Unterschiedsempfindlichkeit abgeleitet. — Im zweiten Theile seiner Studie berichtet *Kräpelin* über die Anwendung der genannten und anderer Verfahrungsweisen auf den Raumsinn der Netzhaut, wie sie unter seiner Leitung von Herrn *Higier* (Dorpater Diss. 1890) geübt worden ist.

***Münsterberg, Hugo*, Beiträge zur experimentellen Psychologie. — Heft 3: Neue Grundlegung der Psychophysik. Freiburg i. B. 1890.**

Auch dieses Heft ist wie seine Vorgänger im Grunde genommen ein Beitrag zur Lehre vom „Muskelsinn", nur dass *Münsterberg*'s Neigung zur englischen Associationspsychologie hier weniger deutlich hervortritt. Es ist leider etwas breit angelegt und, wie uns scheinen will, ziemlich stark von vorgefassten Meinungen beeinflusst. Dennoch bildet es zweifellos die bedeutsamste Erscheinung der letzten Jahre auf dem Gebiete der Theorie der Messung psychischer Intensitäten.

Die Untersuchung beginnt mit einer allgemeinen Lehre von der Empfindungsmessung. Die Empfindungsmessung wird durch die Erklärung der physikalischen Messung erläutert. Deren einzige psychologische Grundlage aber ist die Muskelempfindung, insofern alles Messen auf Messung der Raum-, Zeit- und Maass-Grössen beruht und eine Beurtheilung dieser nur auf Grund der in die betr. Vorstellungen als Factor eingehenden Muskelempfindung möglich ist. Denn die Muskelempfindung allein hat die Eigenschaft, dass sie bei Zertheilung eines Wahrnehmungsobjectes in jedem seiner Theile in geringerem Maasse enthalten ist, also im Ganzen; die starke Muskelempfindung soll thatsächlich ein mehrfaches der schwachen sein: beide sind nicht qualitativ von einander verschieden, sondern nur durch ihre zeitliche Dauer und räumliche Ausdehnung. (Ein bündiger Beweis für diese Behauptung fehlt. M. D.) Muskelempfindungen bilden auch die Grundlage der psychischen Intensitätsmessung. Freilich haben wir wirkliche Intensitätsunterschiede nicht in unserm Bewusstsein, da ja, wie die Selbstbeobachtung lehrt, die Sinnesempfindungen (z. B. eines starken und eines schwachen Schalles) immer auch qualitativ sich unterscheiden. Mithin muss die doch unleugbar vorhandene Möglichkeit einer Anordnung zu Intensitätsreihen auf einem hinzutretenden Momente beruhen; dieses Moment ist die unbewusst jeden Sinn begleitende Spannungs- oder Muskelwahrnehmungsempfindung, von der schon oben erwähnt worden ist, dass sie einen rein intensiven Charakter trägt. Hierdurch wäre die Messung von Empfindungsstärken berechtigt erwiesen und zu gleicher Zeit erklärt. — Für die experimentelle Beglaubigung der zunächst ganz hypothetischen Theorie schlägt der Verfasser einen mittelbaren Weg

Digitized by Google

ein. Der Gedankengang ist der folgende. Beruht alle Intensitätsvergleichung auf Spannungsempfindungen, so müssen sich zwei Empfindungspaare auch dann bezüglich ihrer Unterschiedsgrösse vergleichen lassen, wenn sie disparaten Sinnesgebieten angehören. Es ist nach *Münsterberg*'s Voraussetzungen ganz natürlich, dass eine beliebige Lichtempfindung und eine beliebige Schallempfindung von derselben Muskelempfindung begleitet sind; folglich muss es Versuche geben, auf Grund deren wir etwa behaupten können: der Unterschied zweier Lichtstärken ist gleich dem Unterschiede zweier Tonstärken und dieser gleich dem Unterschiede zweier Geschmacks- oder Gewichtsintensitäten. Der Verf. hat nun in der That ohne Schwierigkeit paarweise Lichtintensitäten, Druckgrössen und Schallstärken mit je zwei Armbewegungen vergleichen können, und zwar derart, dass die linke Armbewegung, stets 20 cm betrug, die rechte dagegen der jeweiligen Vergleichsgrösse aus dem andern Sinnesgebiete angepasst wurde. Es ergab sich eine ausnahmslos stetige Zunahme der entsprechenden Armbewegung bei wachsender Reizstärke, obgleich die Reize fortwährend regellos zwischen schwachen, mittleren und starken wechselten.

Den weiteren geistreichen Versuchen *Münsterberg*'s und seiner den Schluss des Heftes bildenden Erörterung des *Weber*'schen Gesetzes wollen wir in unserm Referat nicht folgen. Der hauptsächliche und originale Werth dieser neuen Grundlegung der Psychophysik beruht in den berichteten Abschnitten des Buches. Aber gegen sie lassen sich starke Bedenken erheben. Vor Allem vermisst man eine klare Begriffsbestimmung der „Empfindungen" überhaupt. Versteht hierunter der Verf. die letzten, so zu sagen vorbewussten Elemente des Seelenlebens oder jenen zusammengesetzten Bewusstseinsvorgang, den man besser als „Wahrnehmung" bezeichnet? Wie es scheint bald dies, bald das. Er erklärt ferner nicht, woher in einer Sinnesempfindung sich ausser der durch die accessorische Muskelempfindung bedingten Intensitäts-Qualität noch eine andere, die eigentliche Qualität einfinden kann, und er kommt deshalb auch einmal dazu, die letztere ganz zu leugnen. Vielleicht ist es garnicht nöthig, die schroffe Alternative: Empfindungsstärke = Quantität oder = Qualität zu stellen. Endlich muss entschieden bestritten werden, dass durch die Experimentaluntersuchungen ein Causalverhältniss von Empfindungstärke zu Muskelempfindung eindeutig erwiesen sei. Hierzu bedürfte man der Gleichsetzung z. B. von Licht- und Schallstärken unter Fortlassung der Armbewegungsempfindungen, und einer zweiten Versuchsreihe, welche durch Ausschluss aller anderen Hülfsmittel mit Sicherheit die Muskelempfindung als das einzig wesenhafte Moment feststellte.

Preyer, W., Wissenschaftliche Briefe von ***G. Th. Fechner*** und ***W. Preyer.*** Nebst einem Briefwechsel zwischen ***K. v. Vierordt*** und ***Fechner,*** sowie neun Beilagen. — Hamburg, 1890.

Das Buch enthält eine Anzahl umfangreicher Briefe, die in den Jahren

Digitized by Google

1873—1883 zwischen *Preyer* und *Fechner* und im Jahre 1883 zwischen *Vierordt* und *Fechner* gewechselt wurden. Die Briefe behandeln in eingehender Weise einige schwierigere Fragen der Psychophysik, Myophysik, Erkenntnisstheorie und Biogenesis. Sie beginnen mit einem Schreiben *Fechner*'s über die *Preyer*'sche Schrift „Das myophysische Gesetz" und spitzen sich bald zu einer Discussion über den Begriff „negative Empfindung" zu. *Preyer* gab zur Richtigstellung dieses Begriffes folgende anschauliche Parallele zwischen einem objectiv physikalischen und einem psychischen Zustand mit der zugehörigen psychophysischen Bewegung:

Ein Draht		Eine Ganglienzelle
undurchströmt	1	ungereizt
Kälte		keine psychophysische Bewegung
Dunkelheit		keine Empfindung
schwacher Strom	2	schwacher Reiz
Wärme		schwache psychophysische Bewegung
Dunkelheit		keine Empfindung
starker Strom	3	starker Reiz
heiss		starke psychophysische Bewegung
Lichterscheinung		Empfindung.

Preyer meinte nun: wenn das „keine Empfindung" unter 2) rechts als „negative Empfindung" bezeichnet wird, so müsste auch die „Dunkelheit" unter 2) links ein „negatives Glühen" genannt werden, was nicht angeht. Man verzichte also mit dieser Bezeichnung auf den üblichen mathematisch-physikalischen Gebrauch des Wortes negativ. Dagegen bestreitet *Fechner*, dass man durch Kälte, Dunkelheit, Hitze, Lichterscheinung überhaupt einen physischen Zustand fundamental bezeichnen könne. Es erweitert sich dann die Controverse — wenigstens für den Theil, der uns hier näher angeht — zu einem Meinungsaustausch über Bewusstsein und Unbewusstsein und über die allgemeine Theorie der Empfindung, wobei sich *Fechner* gegen die Differenzlehre ausspricht. — Von geringerem Interesse ist *Fechner*'s Correspondenz mit *Vierordt*, sehr dankenswerth der Abdruck des populären Aufsatzes „Ueber die Aufgaben der Psychophysik".

***Ebbinghaus, H.*, Ueber negative Empfindungswerthe. — Zeitschr. für Psychologie, Heft 4, 5 u. 6. Hamburg, 1890.**

Diese Abhandlung knüpft formal an den *Fechner-Preyer*'schen Briefwechsel, inhaltlich an die Anschauungen *Delboeuf*'s und *Stumpf*'s an. Sie besitzt den grossen Vorzug, knapp und klar geschrieben zu sein. — Was negative Empfindungswerthe sind und allein sein können, muss klar werden aus der Bestimmung dessen, was positive Empfindungswerthe sind. Haben aber positive Empfindungen einen zahlenmässig zu fassenden Werth? Mit anderen Worten: können sie gemessen werden? Gewiss, antwortet *Ebbinghaus*, wenn man so wie bei der räumlichen Messung ver-

Digitized by Google

fährt. Eine gewisse Raumdistanz ist das Doppelte einer andern, heisst aber: es lässt sich innerhalb der ersten Distanz ein Ort angeben, der aus ihr zwei aneinanderschliessende und gleichgerichtete Theildistanzen macht, welche ihrerseits beide gleich der zweiten Distanz und also auch unter einander gleich sind. Wie bei den Raumempfindungen sind nun auf allen übrigen Empfindungsgebieten die positiven Empfindungswerthe Empfindungsdistanzen oder Distanzempfindungen zwischen je zwei Empfindungselementen des betr. Gebietes. Negative Empfindungswerthe sind entsprechend Empfindungen eines Abstandes zwischen irgend welchen Elementarempfindungen, nur ist die Richtung dieses Abstandes in entgegengesetzter Richtung von derjenigen zu rechnen, die man für die positiven Empfindungswerthe gewählt hat. Die Elementarempfindungen an sich, isolirt betrachtet, haben demgemäss alle in gleicher Weise den Werth Null; erst wenn man sie in Beziehung zu einander setzt, gewinnen sie Entfernung und Grösse. Aber auf welche einzelne Nullempfindung man diese Grössen als auf ihren Nullpunkt bezieht, ist völlig gleichgültig. Daher bleiben z. B. bei richtiger Interpretation der *Weber*'schen Formel alle Beziehungen der Empfindungsgrössen zu einander genau dieselben, ob man diese Grössen auf die Schwellenempfindung oder auf irgend eine andere als ihren Nullpunkt bezieht. Dagegen vertragen die negativen Empfindungen im *Fechner*'schen Sinne keinen anderen Nullwerth als die Schwellenempfindung und sind demgemäss zu verwerfen. — Ohne auf die mancherlei streitigen Punkte der *Ebbinghaus*'schen Darlegung näher einzugehen, sei nur auf den Einen schweren Mangel hingewiesen: dass wir nämlich weder von Empfindung noch von Elementarempfindung eine Definition erhalten. Daher kommt es dann, dass die Empfindungen wie starre Grössen in räumlichen Abständen festgelegt werden, dass Empfindungsdistanzen und Distanzempfindungen identificirt werden und dass nichtsbeweisende Analogien eine Hauptrolle in dem Gedankengange spielen. Hoffentlich wird die sehr lesenswerthe Abhandlung der Ausgangspunkt einer lebendigen Debatte, durch die sich die Ansichten des Weiteren klären dürften.

Nichols, H., On the psychology of time. — Amer. Journ. of Psychol. III, 4.

Die Arbeit enthält nichts Eigenes, Neues, aber eine so sorgfältige und geschickte Uebersicht über die bisherigen Theorien und experimentellen Untersuchungen zum Zeitsinn, dass sie als ein Muster derarter verdienstlicher Zusammenstellungen bezeichnet werden darf.

Helmholtz, H. von, Versuch einer erweiterten Anwendung des Fechner'schen Gesetzes im Farbensystem. — Zeitschr. f. Psychol., II, 1. 2.

Während *Fechner* sich auf die Aenderungen der Lichtstärke allein bei ungeänderter Mischung des Lichtes beschränkt hat, hat *Helmholtz* jetzt

Digitized by Google

durch Experimente mit Farbenscheiben Untersuchungen hinzugefügt über die Grösse der unterscheidbaren Abstufungen in den Farbentönen und in der Sättigung der Farben ohne oder auch mit gleichzeitiger Aenderung der Helligkeit, und über die Abhängigkeit dieser Abstufungen von den physikalisch definirbaren Veränderungen des erregenden Lichtes. Die Einzelheiten der wesentlich mathematisch gehaltenen Untersuchung lassen sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben.

Kirschmann, A., **Ueber die quantitativen Verhältnisse des simultanen Helligkeits- und Farben-Contrastes. — Philos. Stud. VI, 3.**

Eine ausgedehnte, sehr fleissige und tüchtige Arbeit, die hoffentlich recht bald durch eine Studie über die qualitativen Verhältnisse des gleichzeitigen Contrastes ergänzt werden wird. Da Ref. bei anderer Gelegenheit einige Einwendungen gegen gewisse Punkte der *Kirschmann*'schen Abhandlung geltend machen muss, kann er sich hier auf die verkürzte Wiedergabe der „Zusammenfassung" des Verfassers selbst beschränken. — 1) Die Intensität des reinen simultanen Helligkeitscontrastes und wahrscheinlich auch des reinen simultanen Farbencontrastes wächst innerhalb der Grenzen der deutlichen Grössenwahrnehmung des ruhenden Auges proportional der linearen Ausdehnung der inducirenden Netzhautpartie oder auch proportional der Quadratwurzel aus dem Flächeninhalt derselben. 2) Man kann eine contrasterregende Intensität unbeschadet der Stärke der Contrastwirkung durch eine geringere Intensität von entsprechend grösserer Ausdehnung ersetzen. Es findet also auch für den Contrast eine reciproke Beziehung zwischen Ausdehnung und Intensität statt. (Dieses wichtige Ergebniss lässt sich muthmaasslich auch auf den Hautsinn übertragen. *M. D.*) 3) Der simultane Farbencontrast kommt am Besten zur Geltung, wenn der Helligkeitscontrast ausgeschlossen oder auf ein Minimum reducirt ist. 4) Der simultane Contrast zwischen zwei Farben setzt sich aus zwei Componenten zusammen, deren quantitative Verhältnisse bei gleichförmiger Vermehrung oder Verminderung der Sättigung einer der beiden Farben sich in ungleichförmiger Weise und in entgegengesetztem Sinne ändern. 5) Der gegenseitige Contrast zwischen zwei Farben erreicht sein Maximum bei der Combination mittlerer Sättigungsgrade der beiden Farben.

Martius, G., **Ueber die Reactionszeit und Perceptionsdauer der Klänge. — Philos. Stud. VI, 3.**

Verfasser berichtet eingangs über die früheren Arbeiten zu seinem Thema von *Mach*, *Exner*, *Kries*, *Auerbach*, *Pfaundler* und unterscheidet in ihnen zwei Richtungen. Die eine nimmt eine Zahl von ungefähr 10 Schwingungen bei jedem Ton als für die Erregung des Organs nöthig an und eine gleich grosse zur Steigerung der Erregung bis zu einer „charakterisirten" Empfindung. Die andere hält eine viel geringere Zahl (2—5) Schwingungen zur Entstehung einer Erregung oder auch einer Empfindung

Digitized by Google

für ausreichend. Für die Reactionszeit der Töne folgt aus der Richtigkeit der ersten Ansicht, dass dieselbe mit dem Anwachsen der Tonhöhe stetig sinken muss bis zur kürzesten Zeit der Reaction auf ein Geräusch. Ist die zweite Ansicht richtig, so kann die Reactionszeit offenbar für alle Töne und Gehörseindrücke jeder Art in weiten Grenzen nahezu gleich sein. Um den Widerstreit der Meinungen zu schlichten, hat der Verfasser seine sorgfältig überdachten und consequent durchgeführten Versuche angestellt. Er kommt durch sie zu folgenden drei Resultaten: 1) Die Reactionszeiten auf Klänge nehmen mit wachsender Höhe derselben stetig ab. 2) Die Ansicht, dass zur Entstehung einer Tonempfindung ca. 10 Schwingungen nöthig seien, welches auch die Höhe des Tones sein mag, ist unhaltbar. 3) Die Perceptionsdauer der Töne ist im weitern Umfange der Tonscala (c'—c'''') eine Function ihrer Schwingungszahlen.

Was die Experimente selbst betrifft, so scheinen sie dem Ref., gerade weil es sich hier um genaue und kleine Zahlen dreht, nicht ganz einwandsfrei. Das Verfahren, mit einem Taster zu reagiren, ist ungenau und der innere Reactionsvorgang scheint ein wechselnder und nicht ganz durchsichtiger gewesen zu sein. Es fragt sich ferner, ob in der von *Martius* getroffenen Versuchseinrichtung wirklich genau mit der Stromöffnung (wodurch die Zeiger eines Chronoscopes in Bewegung gesetzt wurden) der Ton zu klingen begann. Alsdann ist weder der Einfluss der Obertöne noch die nur sehr primitiv geregelte Intensität der jeweiligen Töne genügend berücksichtigt. Endlich liegt u. E. zu der kühnen Folgerung, dass die Geschwindigkeit des psychophysischen Erregungsvorganges bei den verschiedenen Tönen verschieden ist, keine zwingende Veranlassung vor.

***Stumpf, C.*, Ueber Vergleichung von Tondistanzen. — Zeitschr. für Psychol. I, 6.**

***Wundt, W.*, Ueber Vergleichungen von Tondistanzen. — Philos. Stud. VI, 4.**

Stumpf hat die bereits in dem letzten Semesterberichte dieser Zeitschrift erwähnten *Lorenzi*'schen „Untersuchungen über die Auffassung von Tondistanzen" zum Gegenstande einer scharfen, zum Theil auch gegen den Leiter derselben, *Wundt*, gerichteten, Kritik gemacht. Hierauf hat *Wundt* in einer noch schärferen, über die ganze Thätigkeit des *Stumpf* aburtheilenden, Entgegnung geantwortet. Die Sache hat dabei natürlich nicht gewonnen. Wir sind aus diesem sehr bedauerlichen Grunde nicht in der Lage, über die genannten Artikel Bericht zu erstatten.

***Jakowlew, A.*, Zur Frage über die Zeitdauer der Sehnenreflexe mit 3 Tafeln. — Wjestnik psychiatrii Jahrgang VII, H. 2.**

Verfasser gibt zuerst die Geschichte der Sehnenreflexe, deren physiologische Erklärung und die verschiedenen Methoden der Untersuchung,

Digitized by Google

diese genügen ihm nicht, da sie keine genauen Resultate liefern, um solche zu erlangen verlangt er: 1) dass der Klopfapparat, die Fähigkeit besitze so genau als möglich die graduirte Kraft des Schlages zu bestimmen, dass er sich nicht leicht abnütze und während womöglich langer Zeit mit einer gleichen Kraft und Stärke arbeite. 2) Die ganze Periode der Reflexzeit soll mittelst eines elektrischen Zeichners registrirt werden, wobei die Momente der Oeffnung und Schliessung des Stromes, mit den zu registrirenden Momenten, auf rein normalem Wege zusammenfallen. 3) Da gewöhnlich zur Bestimmung der Reflexstärke elastische Ampullen benutzt werden, so müssen wir ein weiteres Mittel besitzen, welches genauere Resultate gibt, um es dort zu verwerthen, wo der Myograph nicht wünschenswerth erscheint.

Auf solchen Voraussetzungen hat J. einen Apparat construirt, welcher aus zwei besonderen, fast selbstständigen Theilen, zum Klopfen und Schreiben besteht. Der erste ruht auf dem Principe, dass ein genau bestimmtes Gewicht, aus einer gewissen Höhe fallend, eine bestimmte Quantität lebender Kraft entwickelt, welche zu verschiedenen Zwecken nützlich verwendet werden kann. Der zweite Theil ist der modificirte Schreibapparat. Die Beschreibung des Apparates ist ohne Zeichnung nicht verständlich und muss ich deshalb auf das Original verweisen.

Mit diesem Apparate machte Verfasser über 700 Versuche an 6 vollkommen gesunden Individuen im Alter von 21—37 Jahren, auf jedes Individuum kamen durchschnittlich 120 Versuche, welche in zahlreichen und grossen Zifferreihen ausgedrückt wurden.

Das günstigste Resultat bei der Zeitprüfung der Sehnenreflexe erhalten wir, wenn die zu registrirende Region sich unter einem Drucke von 30,0 — 50,0 g befindet, welche der Knopf des Schreibapparates ausübt. Parallel der Höhe, von welcher das Gewicht fällt, verringert sich die Zeit des Reflexes, d. h. die Zeit des Kniereflexes verhält sich umgekehrt zu der Grösse des mechanischen Impulses, welcher auf das Ligam. patellae einwirkt. Die entsprechende Höhe beträgt 17 cm.

Acute Muskelermüdung verlängert die Zeit des Kniereflexes, doch geht dasselbe nicht selten rasch auf seine frühere Norm zurück.

Die Reflexzeit verlängert sich recht bedeutend unter dem Einflusse psychischer oder psychophysischer Ermüdung, erreicht aber nach Ruhe oder Erholung wieder ihre Norm.

Muskelthätigkeit, welche keine acute Erschlaffung hervorruft verkürzt die Zeit der Sehnenreflexe temporär, worauf dann eine Zeitperiode der Verlängerung folgt um dann stufenweise zur Norm zurückzukehren. Intensive psychische Fähigkeit verlängert die Zeit der Sehnenreflexe. Zerstreutheit während der Untersuchung verkürzt dieselbe. Nach einer Reihe auf einander folgender Schläge auf das Ligam. patellae verlängert sich die Zeit des Reflexes, um auf lange Zeit so zu verbleiben, es erfolgt eine Depression des Reflexes. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

Tschisch, W .F., **Ueber die Breite (den Umfang) der Perceptionsfähigkeit Geisteskranker. — Russ. Arch für Psych. Bd. XVI. H. 1—2.**

Verfasser bedauert, dass die psychometrischen Untersuchungen, die für die practische Psychiatrie nicht ohne Werth sind nur so selten von Psychiatern benutzt werden, und glaubt diese Vernachlässigung in folgenden drei Ursachen zu finden: 1) Weil diese Ausführung eine schwierige und zeitraubende ist, 2) in dem Ignoriren der Philosophie im allgemeinen und der Methode der Untersuchung selbst und 3) in der falschen Auffassung der eigentlichen Aufgabe der Untersuchung.

Das Ziel *Tsch.* war zu bestimmen, in welchem Verhältnisse die Schlüsse der Perceptionsfähigkeit zu der Breite oder dem Umfange derselben stehen, d. h. wenn aus irgend welcher Ursache die Zeit der Perceptibilität sich vergrössert, ob alsdann auch der Umfang derselben sich vergrössert oder verringert. Durch die Lösung dieser Frage wird uns ja die Bedeutung der Zeitverminderung der einfachen Reaction erklärt.

Zur Untersuchung dienten Geisteskranke in verschiedenen Stadien des Schwachsinns, da solche Personen zwei Vorzüge besitzen: 1) eine grössere Genauigkeit und Augenscheinlichkeit des Resultates und 2) die Möglichkeit der Verwerthung dieser Resultate für die practische Psychiatrie, d. h. uns die Erklärung gibt über das Wesen der pathologischen Erscheinungen des Schwachsinns.

Die Methode der Untersuchung war die von *Catell* benutzte, mittelst des Fall-Chronometers. Die Untersuchungen wurden im Sommer 1887, 88 und 89 in der Anstalt des heil. Panteleimon ausgeführt, täglich 20 bis 40; die Zahl der zur Untersuchung benutzten Personen betrug 15, die Zahl der Untersuchungen selbst 2360. 20 Versuche an einer Person wurden als Einheit angenommen und gaben eine Ziffer. Eine Tabelle gibt die ganze Masse von Zahlen, welche durch die Versuche erhalten wurden, aus diesen zieht *T.* folgende Schlüsse. Die Zeit der einfachen Perceptibilität ist bei geistesschwachen immer grösser als bei geistiggesunden Menschen; die Verlangsamung der Perceptibilität, ist verschieden bei den verschiedenen Graden des Schwachsinns und kann bei stark entwickeltem Schwachsinn das sechsfache Zeitmaass überschreiten. Es ist daher ganz gleich ob der Schwachsinn angeboren oder erworben ist; auch der frühere Bildungsgrad übt keinen Einfluss auf die Schärfe der Perceptibilität.

Der Umfang der Perceptibilität steht in einem constanten Verhältnisse zu der Schärfe d. h. jemehr dieselbe verlangsamt ist, um so geringer ist der Umfang; je schärfer, beschleunigter die Perceptibilität ist um so bedeutender ist auch der Umfang. Die geschwächte Aufmerksamkeit, der geschwächte Wille der Schwachsinnigen erklärt uns die Verlangsamung und den geringen Umfang der Perceptibilität. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien.

***Tamburini,* Die Bestimmungen des neuen italienischen Strafgesetzbuchs hinsichtlich der Ueberwachung der Irren. — Rivista sperimentale Bd. 16 fascic. 1—2.**

Besprechung der Art. 477—479, welche die Bestrafung von Personen, welche die Ueberwachung ihnen anvertrauter Irren vernachlässigen, festsetzen. Besonders bemerkenswerth Art. 479, welcher sich auf die Verantwortlichkeit der Aerzte der Irrenanstalten bezieht und bei nachgewiesener Schuld, ausser Geldstrafe, die Entziehung der Licenz zur Ausübung des Berufes verfügt.

***Proal,* Appelationsrath, Die Frage der Zurechnungsfähigkeit der Irrsinnigen. — Annales médicopsychologiques. Juli-Augustheft.**

Lesenswerther Aufsatz, voll interessanter historischer Thatsachen, Fragen, Gesichtspunkte, im Auszug nicht mittheilbar. Verf. betont die schwere Verantwortung des Richters in Fragen zweifelhafter geistiger Gesundheit, erkennt den Satz an, dass geistige Krankheit unzurechnungsfähig mache, auch schon im Anfang und wenn sie auch nur partiell erscheine.

***Benedikt, Moritz,* Die Vagabunden und ihre Behandlung. — Annales d'hygiène publique. 3. Serie, Bd. 24 No. 6.**

Vagabondage besteht isolirt oder complicirt mit Criminalität oder Geistesstörung. Vagabondage ist erworben und kann dann zur zweiten Natur werden, oder sie ist angeboren, gleichwohl aber bis zu einem gewissen Grad corrigirbar.

Die erworbene Vagabondage kann zufällig und periodisch sein durch Krankheit, Invalidität, öconomische Krisen und individuelle Schicksalsschläge. Das sind Pseudovagabunden, mit welchen nicht das Strafgesetz, sondern die öffentliche Armenfürsorge sich zu beschäftigen hätte.

Eine andere Kategorie bildet sich aus den verwahrlosten Kindern. Je früher die Gesellschaft sich ihrer annimmmt, um so geringer die Gefahr. Zahlreiche dieser Kinder sind übrigens belastet, schlecht äquilibrirt. Diese gehören dann in besondere, specialärztlich geleitete Erziehungshäuser. In Privatfamilien und gewöhnlichen Instituten sind sie eine Gefahr für die Anderen.

Erwachsene Vagabunden, denen das Vagabundiren zur zweiten Natur geworden ist, sind kaum corrigirbar. Sie sind dann professionelle Vagabunden, gleich wie die angeborenen.

Congenitale Vagabunden sind es vielfach durch constitutionelle psychische, moralische und intellectuelle Neurasthenie.

Digitized by Google

Sie sind nur zeitweise arbeitsfähig oder sind es nur unter dem moralischen Druck eines fremden Willens, weil sie selbst zu willensschwach sind. Manche dieser Neurastheniker sind überdies Claustrophoben und halten in geschlossenen Räumen es nicht aus. Andere sind vermöge einer „surexcitation psychique" zu einer andauernden geordneten Arbeitsleistung nicht fähig. Nur die unbemittelten Vagabunden sind eine Last und eine Gefahr für die Gesellschaft.

Der Vagabund aus Anlage oder aus Erziehung und Passion kann zeitlebens ein braver Mensch bleiben.

Nicht selten geschieht es aber, dass der Vagabund aus Noth, um eine temporäre Versorgung zu finden, aus Rache und Hass gegen Mitglieder der Gesellschaft, welche ihm momentane Existenzbedingungen weigert, zum Verbrecher wird.

Es gibt ausserdem Vagabunden, die zugleich Verbrechernaturen sind und Verbrecher, die in Folge ihrer bemakelten Existenz zum Vagabunden werden.

Diese 3 Kategorien müssen als gemeingefährlich angesehen und behandelt werden. Eine individualisirende Behandlung des Vagabundenthums Seitens der Gesellschaft wäre eine grosse Wohlthat für beide Theile.

Eine coloniale Behandlung hält Verf. für die Mehrzahl der Vagabunden, welche unüberwindlich faul und sesshafter Existenz refractär und unzugänglich sind, für aussichtslos.

Die Vagabunden aus psychischer Defectuosität oder psychischer Krankheit sind Imbecille, Epileptiker, periodisch Irre u. s. w. Diese, nach Umständen recht gefährlich, gehören in Asyle.

Crothers, **Neue gerichtlich-medicinische Fragen betreffs der Trunkenheit. -- The Alienist and Neurologist. Bd. 11. No. 3.**

Verf. theilt kurz einige Fälle mit, wo man sich auf das gerichtliche Zeugniss von Leuten verliess, die zur Zeit ihrer Wahrnehmungen betrunken waren, demzufolge irrthümlich deponirten.

In anderen Fällen machten Verbrecher in trunkenem Zustand sie belastende Aussagen über Umstände und Motive ihrer That, die sie später widerriefen und die sich als falsch auch auswiesen. In einem Falle bezichtigte sich ein solcher Trunkener sogar eines von einem Anderen begangenen Verbrechens.

Die Aussagen eines Betrunkenen können gerichtlich keinen Werth haben, ebenso wenig seine Dispositionen, bürgerlichen Acte, Versprechen u. s. w.

Laurent, **Criminelle Suggestionen. — Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales. 5. Jahrgang No. 30.**

1. Nothzucht ist das wesentliche und bis jetzt mehrfach nachgewiesene Verbrechen, welches an hypnotisirten Weibern im somnambulen Zustand begangen werden kann.

Digitized by Google

Dies ist um so leichter möglich, als es Weiber mit hypnogenen Zonen gibt, deren Berührung sie auch gegen ihren Willen in Hypnose versetzen kann (*Pitres*). Aber auch im tiefen engourdissement und lethargus, wo die betr. Person willenlos ist, kann dies geschehen.

Verf. wirft die Frage auf, ob es Nothzucht sei, wenn die in Somnambulismus versetzte Person dem Hypnotiseur den Coitus gestattet. Die *Charcot*'sche Schule behauptet mit Unrecht, dass im Somnambulismus die Selbstbestimmung nicht aufhöre. Die Somnambüle ist ein Automat in den Händen des Hypnotiseurs, in den seltenen Fällen, wo dies nicht zutrifft, ist doch ihr Wille Scheinwille, der Coitus an ihr unter allen Umständen Nothzucht.

Verf. gibt die scheussliche Geschichte eines Externe der Klinik, der eine frühere Patientin auf der Strasse traf, mit sich heimnahm und entehrte.

2. Bezüglich der posthypnotischen Suggestionen, welche die Nancy'er Schule für unwiderstehlich hält, spricht sich Verf. reservirter aus, auch bestreitet er die practische Bedeutung dieser experimentellen fictiven Verbrechen, welche nur im Laboratorium glücken. (Fingirte Schuldscheine, suggestive Testamente, Diebstähle, Morde u. s. w.) An der Möglichkeit derlei Verbrechen posthypnotisch begehen zu lassen, ist allerdings nicht zu zweifeln, wohl aber daran, dass der intellectuelle Urheber unentdeckt und unbestraft bleiben wird, selbst wenn er seinem Medium, Vergessen der Suggestion und Handeln aus eigenem Antrieb raffinirter Weise suggerirt haben sollte.

3. Leichter ist falsches Zeugniss mittelst Suggestion und Erweckung retroactiver Hallucinationen zu bewerkstelligen. Aber die Untersuchung, das Kreuzverhör u. s. w. werden das Lügengewebe zerstören.

4. Möglichkeit Geburten im hypnotischen Zustand durchzuführen und dabei Kinder zu unterschieben.

5. Möglichkeit Entführungen zu bewerkstelligen (Mittheilung des berühmten Falles Castellan). Neuer Fall in Rouen (Verführung eines einfältigen Mädchens, das dann sein Kind umbrachte). Aus der Erzählung geht aber nicht klar hervor ob es sich um Hypnose oder blosse Wachsuggestionen handelte.

6. Benutzung des hypnotisch somnambulen Zustands um Geheimnisse zu erforschen. Verf. macht die richtige Bemerkung, dass dies nicht bei Allen gelingt und dass Viele lügen, selbst wenn man ihnen suggerirt sie seien im Beichstuhl vor dem Priester.

7. Provocation von Abortus. Der sonst so skeptische Verf. verbürgt folgende Erfahrung: Stud. med. schwängert seine Cousine. Er kann und will sie nicht heirathen. Da proponirt er in seiner Noth Abortus durch hypnotische Suggestion. Das Mädchen willigt mit Freuden ein. Hypnose gelingt leicht.

Suggestion: Am .. um .. Uhr wirst du heftige Lendenschmerzen und

Digitized by Google

deine Periode wieder bekommen und damit wird das abgehen was ich dir ungeschickterweise in den Leib gebracht habe. Am Tage vor dem suggerirten Abortus gab der Stud. dem Mädchen 4 Apiolcapseln (medicamentöse Suggestion?). Am bestimmten Tag auf die Stunde bekam das Mädchen seine „Periode" wieder und ging ein 2 monatlicher Fötus ab.

8. Wachsuggestionen. Sie sind möglich bei impressionablen Personen, besonders auch bei Kindern. Man kann hier selbst retroactive Hallucinationen, richtiger Erinnerungsfälschungen machen. Dadurch Gefahr falschen Zeugnisses. Denkwürdig in dieser Hinsicht ist der Process von Tisza Eslar.

Interessanter Excurs über die Captivirbarkeit unselbständiger moralisch oder auch intellectuell schwacher Menschen durch ihnen imponirende, selbst wenn es sich um Verbrechen handelt. Fall Eyraud-Bompard. Die Bompard war offenbar als Complice des Verbrechens nicht in hypnotischem Zustand, sondern liess sich einfach von ihrem Zuhälter Eyraud captiviren.

Gefahr dass die richterliche Inquisition Motive des Handelns und Details der Handlung in solche impressionable Menschen hineinsuggerirt, die nicht der Wirklichkeit entsprechen.

Macht der Suggestion im öffentlichen Leben, bei der Erziehung.

Suggestion in der Liebe. Verf. behauptet zahlreiche Fälle wo Mädchen mit innerem Widerstreben, rein fascinirt durch den gebieterischen Blick von Männern, gleichzeitig angezogen und erschreckt durch denselben, sich solchen ergaben, gleich der Taube, welche vor dem fascinirenden Auge des Geiers sich in seine Krallen stürzt. Verf. erwähnt als Beispiele das blutige Drama von Sidi-Mabrouck (Fall Chambige) und den Process Solarue.

In solchen Fällen mag die Suggestion auf einer Art Fetischismus beruhen.

Bemerkenswerth ist die Thatsache der Suggestion übrigens bezüglich des Doppelselbstmords Liebender. (Fall Solarue.)

Criminelle Autosuggestionen des wachen Zustands. Unter dieser psychologisch gewagten Bezeichung versteht Verf. Fälle wo Leidenschaft, Rache u. s. w. jemand zur Begehung eines Verbrechens drängt, die bezügliche Vorstellung ihn einer Zwangsidee gleich gefesselt hält und er erst mit der Begehung der That (vorläufige) Ruhe findet. Interessanter bezüglicher Fall Enjalabert.

Verf. geht soweit, dass er die treibenden Ideen der Verbrecher, die allerdings bis zu Pseudohallucinationen sich steigern können, gleichwie die Wahnideen der Geisteskranken als autosuggestive psychologische Vorgänge hinstellt.

Wer im hypnotischen Zustand Werkzeug eines Verbrechers ist, muss als unzurechnungsfähig angesehen werden. Er ist Werkzeug in der Hand des (intellectuellen) Urhebers gleich dem Glase, welches das Gift eines Giftmordes enthält.

Die Hypnotisirung eines Angeklagten um Geständnisse von ihm zu

Digitized by Google

bekommen wäre eine moderne Tortur und ganz unzulässig, der Inhalt der Geständnisse aus verschiedenen Gründen (u. A. da man beliebig alles Mögliche suggeriren kann) gänzlich werthlos.

***Gilles de la Tourette*, Zum Geisteszustand der Hysterischen. — Annales d'hygiène publique. Juli.**

Interessante historische Notizen über (autosuggestive) Ecchymosen bei Hysterischen.

Wichtigkeit der Träume als Veranlasser von Autosuggestionen und daraus resultirenden psych. Lähmungen u. s. w.

Ein Mann mit einem Handkarren stösst mit einem Wagen zusammen ohne beschädigt zu werden. Die folgenden Nächte träumt er die Räder des Wagens seien ihm über den Leib gegangen. Einige Tage später hat er eine (hysterische) Paraplegie mit einer anästhetischen Zone, da wo ihn im Traume der Wagen überfuhr.

Eine Hysterische träumte sie gehe über ihre Kräfte und erwacht war sie paraplegisch.

Wichtigkeit der Autosuggestionen für die gerichtliche Medicin als Ursache falscher Anklagen.

***Bianchi*, Zur Verantwortlichkeit der Hysterischen. — Rivista sperimentale. Bd. 16 Heft 3.**

Unbedingt unzurechnungsfähig erscheint die hysterische Persönlichkeit in allen Zuständen von hysterischem Delir, nicht minder in den modificirten Zuständen von Somnambulismus, die *Azam* „doppeltes Bewusstsein" genannt hat. Dieser Zustand erscheint häufiger als man vielfach glaubt und entgeht leicht der Beobachtung. Verf. gibt aus eigener und fremder Beobachtung Beispiele für diese eigenartige Form der krankhaften Bewusstlosigkeit bei Hysterischen.

***Hospital*, Ueber hysterische Kindsmörderinnen. — Annales médico-psychologiques. Sept.-Octoberheft.**

1. Frau A. aus irrsinniger Familie, von Kind auf neuropathisch, excentrisch, reizbar bis zu pathologischen Affecten, gewaltthätig bis zu homiciden Drohungen, wird verheirathet, weil man damit eine günstige Aenderung ihres Charakters erhofft! Die Ehe ist eine Hölle, sie hasst den Mann, beschimpft, bedroht, misshandelt ihn, beschuldigt Bekannte, sie entehrt zu haben, delirirt von grossem Vermögen, Schlössern, reichen Heirathen und gilt allgemein als verrückt. Schon am Hochzeitstag hatte sie das Unmögliche an verrückten Streichen geboten, einen Anderen zu heirathen begehrt, ihre Kleider zerrissen, die Hochzeitsnacht verwirrt schwatzend bei einer Verwandten zugebracht. Obwohl sie den Mann hasste und dieser musterhaft war, erschien sie aufs Höchste eifersüchtig. Da sie sich, ihre 3 Kinder und andere Personen zu tödten drohte, auch schon einmal

Digitized by Google

einen Revolver gekauft hatte, hatte man wiederholt geplant, sie in eine Irrenanstalt zu bringen. Eines Abends ertränkt sie ihre 3 Kinder, legt sich dann ruhig schlafen, schläft die ganze Nacht, läuft dann zu den Behörden, nach dem Verbleib von Mann und Kindern fragend. Sie reist in ihre Heimath, behauptet lachend, sie habe keinen Mann und keine Kinder mehr, sie wolle jetzt den A. heirathen. Sie wird verhaftet und einer Irrenanstalt übergeben. Angeblich keine Erinnerung für die That.

2. Junge Frau von 27 Jahren erstickt eines ihrer Kinder, indem sie ihm den Arm auf den Hals presst und behauptet, von der That nichts zu wissen. Sie ist Tochter eines Trunkenbolds, hatte Hysteria convulsiva. Vor und nach der That erschien sie psychopathisch.

Im Gefängniss Hysterie, zeitweise hysteroepileptische Anfälle mit hallucinatorischem schreckhaftem Delirium und Toben. Amnesie für diese Anfälle.

Verf. macht glaubhaft, dass der Tod des Kindes ein Unglücksfall war, entstanden dadurch, dass die Mutter in einem nächtlichen Anfall im Kampf mit einem Arm dem Kind neben ihr auf den Hals zu liegen kam.

***Kühner*, Zur gerichtsärztlichen Würdigung der in Folge heftiger Körpererschütterungen, insbesondere nach Eisenbahnunfällen auftretenden nervösen Störungen. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin. 41. Jahrg., Heft 3.**

Verf. betrachtet mit Recht bei diesen „traumatischen Neurosen", die sich vielfach dem Bild der Neurasthenie, Hysterie, Psychose (Hypochondrie, Melancholie) nähern, als das ausschlagsgebende ätiologische Moment, nicht den mechanischen, sondern den psychischen Shok und nennt sie deshalb locale oder allgemeine Emotionsneurosen. Ihre practische Wichtigkeit ist gross. An der Hand der grossen Literatur bespricht nun Verf. die reiche Symptomatologie dieser Zustände. Je grösser die Gefahr (z. B. Eisenbahnunglück), um so grösser pflegt die Shokwirkung ceteris paribus zu sein.

Verf. gibt einige sehr bezeichnende Beispiele nach *Page* S. 200 u. 201, welche die Bedeutung der Autosuggestion illustriren.

Dieses Moment erklärt auch, dass die Folgen des Unfalls sich erst nach einiger Zeit zu zeigen pflegen, ferner, dass die ersten Beschwerden nach dem Shok subjectiver Art zu sein pflegen und dass Agrypnie gewöhnlich ist.

Locale Symptome pflegen Schmerzhaftigkeit und Scheu vor Bewegung des geschädigten Körpertheils bis zur Pseudoparalyse zu sein.

Unter den allgemeinen Beschwerden spielen Circulationsstörungen durch in Folge des Shoks geschädigte Herz- und Vasomotoriusfunction sowie psychische Störungen, besonders solche des Gemüths eine hervorragende Rolle.

Wichtig für die Diagnose sind noch eigene Zustände von (psychischer) Lähmung, Anästhesien, die nicht dem Ausbreitungsbezirk sensibler Nerven oder der topischen Anordnung, wie sie materielle Läsionen der Centralorgane hervorrufen, entsprechen, endlich Einengung des Gesichtsfelds.

Digitized by Google

Enorm schwierig in foro ist die Diagnose: Neurose oder Simulation oder wenigstens Uebertreibung der Symptome und doch so wichtig, da es sich um genaue Ermittlung des Schadens handelt und daraus die Höhe des Schadenersatzes sich ergibt. Der Simulation und Uebertreibung ist damit Vorschub geleistet. Da subjective Symptome hier eine Rolle spielen, der Einfluss des Unbewussten schwer sich ermitteln lässt, ist die Diagnose nicht leicht, aber das empirische Gesammtbild der Krankheit mit ihren vielen Symptomen lässt sich nicht gut vortäuschen.

Die Schwierigkeiten sind immerhin gross. Nicht selten geschieht es, dass der Kranke in seiner psychischen Hyperästhesie nun erst auf längst bestehende Störungen aufmerksam wird und sie in seine Neurose einbezieht. Bezüglich der Art der Untersuchung gibt Verf. recht gute Winke, ebenso ist sein Rath zu beherzigen, dass ein frühzeitiger Vergleich besser ist als ein langer Rechtsstreit, der den Kranken nur in Aufregung erhält und damit die Krankheit unterhält.

Die Arbeit ist, wenn auch nicht erschöpfend, immerhin sehr beachtenswerth.

***Seeligmüller*, Die Errichtung von Unfallskrankenhäusern, ein Act der Nothwehr gegen das zunehmende Simulantenthum. — Leipzig pp. 28.**

Verf. plädirt aus reicher Erfahrung und mit sehr bestechenden Gründen für die Errichtung von Krankenhäusern in jeder Provinz, deren ausschliessliche Aufgabe es wäre, Unfallverletzte zu beobachten und zu begutachten. Er entwirft einen ganzen Organisationsplan für solche Krankenhäuser. Das Detail möge in dieser practisch sehr wichtigen Broschüre nachgelesen werden.

Ein Schlussaufsatz derselben behandelt die interessante und wichtige Frage der Simulation Seitens Unfallverletzter. Abgesehen von Uebertreibenden findet Verf. in seiner Erfahrung etwa 25 pCt. reine Simulanten. Mit scharfer Pointe gegen *Oppenheim* („traumatische Neurose") und *Strümpell* verficht er seinen Standpunkt und sucht die Unhaltbarkeit einer „traumatischen Neurose" und der diagnostisch angegebenen Kriterien einer solchen darzuthun. Schliesslich theilt er 2 interessante Gutachten von Simulation „allgemeiner" und „localer" traumatischer Neurose mit.

***Bernheim*, Die Lehre von den Hirngeschwülsten in forensischer Beziehung. — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin. 41. Jahrg. Heft 5.**

Interessante Zusammenstellung der Erfahrungen der verschiedenen Autoren über das Verhalten der psychischen Functionen bei Tumor cerebri. Aus derselben ergibt sich, dass Mitaffection der Psyche constant ist. Fortschreitender Niedergang der gesammten psych. Leistungsfähig-

Digitized by Google

keit, welcher ausgehend von leichten Graden schwachsinniger Indolenz und Stumpfheit oder auch von Zuständen reizbarer Schwäche der Psyche, namentlich in späteren Stadien zu einer tiefen Verblödung führt, wie sie die Psychiatrie nur beim paralytischen Blödsinn und beim Idioten kennt. Eine specielle für Tumor charakteristische Form der Geistesstörung gibt es übrigens nicht.

Der Nachweis der Ausfallserscheinungen kann schwierig sein. Aufzählung der vielfachen episodischen und dauernden Zustände von Geistesstörung, welche ein Hirntumor vermitteln kann und durch welche die Dispositions- und Zurechnungsfähigkeit aufgehoben werden.

Verf. gibt eine werthvolle Zusammenstellung der Erfahrungen bezüglich der forensisch wichtigen Entstehung von Hirntumoren aus Trauma capitis. Dieses ursächliche Moment ist ein allgemein anerkanntes. Ganz besonders eingehend wird die Entstehung der Hirnarterienaneurysmen auf traumatischem Wege unter Heranziehung der einschlägigen Literatur besprochen.

Eine Körperverletzung, welche nachweisbar eine Hirngeschwulst zur directen Folge hatte, muss natürlich als eine schwere gerichtsärztlich bezeichnet werden.

Die vom Gesetz vorgesehenen Folgen einer Verletzung (Verlust des Sehvermögens, des Gehörs, der Sprache, Lähmung, Siechthum, Geisteskrankheit u. s. w.) werden detaillirt mit Bezug auf ihre Entstehung aus Tumor besprochen.

Verf. lehnt die *Cohnheim*'schen und *Billroth*'schen Anschauungen ab, wonach ein örtlicher Reiz (Trauma) nur dann eine Geschwulst bewirken könne, wenn das getroffene Gewebe eine Prädisposition (specifische Diathese, Verharren der Gewebselemente auf embryonaler Stufe u. s. w.) bot.

Nur für Infectionsgeschwülste des Gehirns (Tuberkel, Syphilom) scheint er diesen Standpunkt anzuerkennen, auch gibt er einen prädisponirenden Einfluss des Alkoholismus zu.

Als Resumé seiner practisch werthvollen Arbeit stellt Verf. folgende Thesen auf:

1. Unter Hirngeschwülsten sind forensisch zu verstehen: „jede localisirte umschriebene Neubildung mit der Tendenz zum Grösserwerden innerhalb der Schädelhöhle, welche durch raumbeschränkende Vermehrung des Schädelinhalts zu Symptomen des Hirndrucks und des Hirnreizes, in Summa zu Heerdsymptomen und schliesslich fast stets zum Tode führt.

2. Hirngeschwülste sind häufig durch Trauma capitis verursacht und kommen als solche sowohl vor das Criminalforum (absichtliche und fahrlässige Körperverletzung) als auch vor das Civilforum (Schadloshaltung).

3. Die eine Hirngeschwulst verursachende Körperverletzung qualificirt sich als eine schwere im Sinne des § 224 R.St.G.B.

4. Hirngeschwülste bedingen oft durch begleitende Geistesstörung,

Digitized by Google

am häufigsten in Form psychischer Defecte, die civile und criminelle Unzurechnungsfähigkeit ihres Trägers.

Die Exploratio mentalis soll bei einem an Hirntumor leidenden Verbrecher stets beantragt werden.

5. Hirngeschwülste können unter Umständen während des Lebens völlig latent bleiben und zu plötzlichem, scheinbar unerklärlichem Tode führen, aber auch bei der Section einen zufälligen Befund ohne directe Beziehung zum erfolgten Tode darstellen.

Hinterstoisser, **Das moderne Vehmgericht — eine sociale Gefahr. Wiener klin. Wochenschr. No. 42—47.**

Unter obigem Titel erschien im Frühherbst 1890 eine Flugschrift, deren Verfasser ein wiederholt aus österreichischen Irrenanstalten entsprungener, zuletzt nach Berlin geflüchteter gew. Carl Hermann ist. Fraglich war sein Geisteszustand anlässlich eines wegen Beihülfe zum Abortus an der eigenen Frau abgeführten Processes. Für geistesgestört und gemeingefährlich erklärt, vom Landesgericht unter Curatel gesetzt, war H. der Irrenanstalt zur dauernden Verpflegung übergeben worden. Es gelang ihm, Prof. *Eulenburg* in Berlin, der leider kein Psychiater ist, zu dupiren und von ihm ein Gesundheitsattest zu bekommen. In seiner Flugschrift, die überdies von Invectiven gegen österreichische Irrenanstalten und Irrenärtze strotzt, stellt sich H. als ein unschuldig Verfolgter und Geistesgesunder dar.

In streng objectiver, lichtvoller wissenschaftlicher Darstellung auf Grund der in extenso abgedruckten Gutachten und Krankengeschichten erweist Dr. *Hinterstoisser* die (originäre) Geistesstörung und Unzurechnungsfähigkeit des Hermann. Auch das Gutachten des Prof. *Eulenburg* findet die ihm gebührende sachgemässe fachmännische Kritik und Widerlegung.

Der Fall H. ist ein klinischer Musterfall für das Studium gewisser zu *Morel's* Folie hereditaire gehöriger psychischer Entartungszustände.

Die geistreiche, im Original jedenfalls nachzulesende Arbeit des hervorragenden Gerichtsarztes des Wiener Landesgerichtes schliesst mit folgenden bemerkenswerthen Worten:

„Dem H. aber wäre zu erwidern, dass seine Broschüre in ihrer Art schreiend, die Oeffentlichkeit alarmirend, in ärztlicher Beziehung ein interessanter Belag — zu seiner Krankheitsgeschichte, und dass das, was er unter „modernem Vehmgericht" versteht, nicht eine „sociale Gefahr" ist, sondern ein socialer Schutz!"

Régis, **Die Königsmörder in der Geschichte und in der Gegenwart. — Archives de l'anthropologie criminelle. 5. Jahrg. No. 25.**

Auf dem anthropol. Congress in Rom 1885 hat Advocat *Laschi* in einer Arbeit über politische Delicte die Königsmörder in drei Kate-

Digitized by Google

gorien eingetheilt (Verrückte, Halbverrückte, Verbrecher aus Leidenschaft).

Verf. unterscheidet echte „Königsmörder" deren Verbrechen direct aus krankhafter Störunng des Geistes hervorgeht und unechte bei welchen der Zufall zur That führte.

Zu den wahren rechnet Verf. Paltrot, der den Herzog von Guise mordete um einen Feind des Evangeliums aus der Welt zu schaffen und so das Paradies zu erlangen; Gerard, Mörder Wilhelms v. Nassau, als vermeintlichen Gottesstreiter und Märtyrer; Ravaillac, der Henri IV. tödtete um ihn zu hindern den Papst zu bekriegen und nach Paris zu führen; Damiens, der Ludwig XV. verletzte, damit Ruhe in Frankreich werde; Henri l'Amiral und Charlotte Corday, welche durch ihre Attentate die Republik retten wollten; Renault, der durch Wegräumung Robespierre's dem König die Rückkehr ermöglichen wollte; de Paris l'Ainé, der an Lepelletier Fargeau den Tod Louis XVI. rächen wollte; Staps (Napoléon I.); Sand (Kotzebue); Louvel (Herzog v. Berry); Orsini (Napoleon III.); Guiteau (Garfield); Passanante (Humbert) u. A.

Zur 2. Kategorie rechnet er Menschen, die durch ein (oft nur fingirtes) Attentat die Aufmerksamkeit der Gewalthaber auf sich lenken wollten, weil sie auf Grund von Wahnideen sich verfolgt glaubten und sich nicht anders Gehör zu verschaffen wussten.

Hierher gehören auch solche die aus sonstiger vermeintlicher Störung ihrer persönlichen Interessen Attentate begingen, z. B. die Nicholson, welche 1786 König Georg III. im Wahn, dieser trage unrechtmässig ihre Krone und England gerathe dadurch ins Unglück, angriff, Maclean, der 1882 auf die Königin Victoria schoss weil das englische Volk sein Feind war, blaue Farbe trug um ihn zu ärgern.

Diese 2. Kategorie besteht also aus ausgesprochenen Irrsinnigen.

Nur die 1. Kategorie bildet den Gegenstand eingehender Studien des Verf.

Hier handelt es sich nicht um ausgesprochene Formen von geistiger Störung, sondern um Zwischengebiete von Wahnsinn und Verbrechen.

Alle gehören aber einer natürlichen pathol. Familie im Sinne *Morel*'s an. Es sind Belastete, Hereditarier, Desaequilibriste, excentrische, verschrobene Menschen.

Die Details, welche Verf. in dieser Hinsicht anführt, sind interessant wenn auch sehr unvollständig.

Die Bilder der bekanntesten „Königs"mörder finden sich in der Arbeit.

Verf. hat Recht wenn er meint, dass diese echten Fälle, da sie doch geistig nicht normal sind, in eine Irrenanstalt gehören, ihre wahre Kur und ihre eigentliche Strafe, wenn von einer solchen die Rede sein könnte. Jedenfalls fürchten diese religiösen und politischen Fanatiker die Todesstrafe nicht.

Digitized by Google

Die Fälle der 2. Kategorie sind selbstverständlich ganz gewöhnliche Irre.

***Tamburini* u. *Algeri*, Der Geisteszustand Passanante's. — Rivista sperimentale. Bd. 16 Heft 3.**

Seit April 1879 befand sich Passanante im Strafhause, zu lebenslänglichem Kerker verurtheilt. Bald nach seinem Eintritt verfiel er in Paranoia halluncinatoria auf schwer neurasthenischer Grundlage, mit expansiven und persecutorischen Delirien.

Neben episodischem Verfolgungsdelirium entwickelte sich der fixe Wahn ein zweiter Messias und Reformator der Welt zu sein. Ganz verrücktes Gebahren. Allmälig Uebergang in Verwirrtheit. Pat. wurde in das Verbrecherasyl transferirt.

Bezüglich der interessanten Details der Krankengeschichte muss auf das Original verwiesen werden.

***Buonomo, Bianchi, Tamburini, Vizioli* u. *Virgilio*, Gutachten über den Geisteszustand Caporali's. — Rivista sperimentale. Bd. 16 Heft 4.**

Am 13. Sept. 1889 als Ministerpräsident Crispi mit seiner Tochter in offenen Wagen durch eine Strasse Neapels fuhr, wurde er von einem nach ihm geschleuderten Stein am Kinn verwundet.

Der Attentäter Caporali hatte seinem Opfer schon lange aufgelauert. Alles sorgfältig prämedirt. Er bekannte, sofort verhaftet sich als Thäter.

Sein Vater stark apoplectisch, ein Vetter war irrsinnig. C. ist 22 J. alt, bietet verschiedene anatomische Degenerationszeichen, u. A. asymmetrischen Schädel, neuropathische Constitution, Stottern, Chorea der mimischen Muskeln, häufig Kopfweh, unbeherrschbare Affecte.

Er ist geistig beschränkt, schwerfällig in seiner Diction, geistig unselbständig, sehr suggestibel.

Mit 13 J. lief er von Hause fort aus blosser Neugierde wie es in der Hauptstadt (Rom) aussehe. Er war von jeher unstet, flüchtig, erregbar, gerieth leicht in Zorn und über Kleinigkeiten ausser Fassung. Er besass grosses Selbstgefühl, war sehr eitel, strebte immer höher als es seinen Fähigkeiten entsprach. Ueber seinen Sprachfehler war er höchst unglücklich bis zu gelegentlichem Taed. vitae.

Er war ein confuser Politiker, Mystiker, fühlte sich berufen eine hohe Mission zu erfüllen, das Volk von seinen Leiden zu erlösen. Crispi erschien ihm als ein Feind des Fortschritts der Nation. Deshalb beging er das Attentat. Er wollte der Retter seines Volkes sein. Ca. liess sich ruhig verhaften und freute sich seiner That.

Nachweis, dass diese Ausdruck von Wahnidee eines Verrückten („Paranoia rudimentaria ambiziosa") war.

Digitized by Google

Peters, **Angezweifelte Zurechnungsfähigkeit bei vorsätzlicher Brandstiftung. Verminderte Zurechnungsfähigkeit. — Zeitschr. für Medicinalbeamte. 3. Jahrg. No. 7.**

Tagelöhner C. ist geständig auf dem Gute seines Dienstherrn ein Wirthschaftsgebäude angezündet zu haben, angeblich weil ihm 2 Mark Tagelohn abgezogen worden seien.

Später widerruft er dieses Geständniss und behauptet die Scheune sei zufällig in Brand gerathen, da er in einem epileptischen Anfall mit brennender Cigarre im Munde an dieselbe gefallen sei. Dann macht er wieder andere lügenhafte Angaben und behauptet wegen Trunkenheit gefallen zu sein. Später macht er wieder einen epileptischen Anfall geltend. Er leide seit Kindheit an Epilepsie, sei auch wegen Geistesschwäche niemals zur Schule gegangen.

G. 30 J. machte verschiedenen Gerichtsbeamten einen geistesschwachen Eindruck. Hirn- und Gesichtsschädel sind abnorm. Epilepsie ist weder anamnestisch noch gegenwärtig zu eruiren. Einmal machte G. einen plumpen Versuch einen epil. Anfall zu simuliren. Er ist gemüthsstumpf, bietet Intelligenzschwäche geringen Grades, die er vergrössert bei jeder Gelegenheit darzustellen bemüht ist.

Ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder auch nur von Trunkenheit tempore criminis lässt sich ausschliessen.

Auffallend in seinem psychischen Verhalten am Tage der That war G. in keiner Weise gewesen.

Das angegebene Motiv für die That entspricht der Individualität des Thäters.

Annahme eingeschränkter freier Willensbestimmung zur Zeit der That auf Grund von körperlichen und geistigen Anomalien. Berücksichtigung mildernder Umstände bei Festsetzung des Strafmaasses.

Simoncelli, **Gutachten über den Geisteszustand des verstorbenen Senator Ranieri bezüglich eines Testaments. — Il Manicomio. VI. Jahrg. No. 1 u. 2.**

R., glühender Patriot, hochbegabter Schriftsteller, wurde in den 60er Jahren Hypochonder und bot seit dem Tod seiner Lieblingsschwester Pauline (1878) Zeichen beginnender seniler Demenz. Sein Schmerz um die geliebte Todte brachte bei dem geistig Erschütterten und Geschwächten einen wahrhaft krankhaften nur dem Andenken an die Schwester sich weihenden ganz excentrischen Cultus hervor und schliesslich enterbte er, obwohl er seine guten Beziehungen zu ihnen ausdrücklich im Testament erwähnte, seine Verwandten, indem er sein Vermögen einem Spital vermachte, hauptsächlich aber in der Absicht den pathologischen Cultus der Schwester über sein Grab hinaus fortzusetzen. In diesem Sinne bot das

Digitized by Google

Testament ganz bizarre Bestimmungen und wimmelt überhaupt von schwachsinnigen, excentrischen unlogischen Begründungen.

Nachweis, dass das Testament nicht der Ausdruck eines freien Willens sondern vielmehr der eines krankhaften senilen Gehirns war.

Die hervorragendsten italienischen Psychiater schlossen sich diesem Gutachten an.

Ballet, Gutachten über einen an Paranoia persecutoria leidenden Mörder. — Annales d'hygiène publique. Juli.

Am 18. Dec. 1889 um 10 Uhr früh ging B., Secretair beim Präfecturdirector R. ins Bureau seines Vorgesetzten und erschoss ihn mit mehreren Revolverschüssen. Ein Motiv fehlte. R. war des jungen Beamten Freund und Wohlthäter gewesen. Auffallend war auch die Ruhe, Kaltblütigkeit und Ungenirtheit, mit welchen der Mörder seine That ausgeführt hatte.

Die Expertise ermittelte Paranoia persecutoria, die bis auf 1887 zurückreichte. Schon damals bemerkte B., dass man ihn beobachte, ihm Hindernisse in den Weg lege, sich über ihn moquire. Gelegentlich sagt eine Verwandte „Director R. wird dein Avancement fördern wenn er kann". Damit schöpfte B. Verdacht gegen den Vorgesetzten!

In nicht minder alogischer Weise begann nun B. gegen seine Angehörigen Verdacht zu schöpfen und sich ihnen gegenüber grob und gereizt zu benehmen.

Von April 1888 an begann er auch auf den Strassen Leute zu bemerken, die ihm und seiner Geliebten aufpassten, ihn höhnten. Er stellte sogar einmal einen Passanten zur Rede, prügelte ihn, führte Klage über Verfolgung bei der Sicherheitsbehörde. Auf Grund von gastrischen und nervösen Beschwerden bekam B. Vergiftungswahn und deponirte bei der Behörde einen Topf mit Honig, der ihm verdächtig war. Vergebens auf der Suche nach seinen Verfolgern bemerkt er bei seinem Chef verlegene Mienen; dieser sagt einmal zu einem Besucher „ich glaube mein Secretair ist verrückt". Ein andermal hört er ihn sagen (Hallucination) „Sie werden Ihren Wagen bekommen". Allmälig Stimmen Unbekannter auf der Strasse, die ihm sagen sein Chef sei sein Feind, ihm rathen er möge ihn tödten. B. merkt, dass sein Chef nur aus Heuchelei ihn so freundlich behandelt, er wird grob gegen ihn, sucht vom Dienst dieses Mannes loszukommen. Er hört nun auch seine sexuellen Verhältnisse berührende Bemerkungen, spürt Schwäche und Schwere in den Hoden. Der Verfolgungswahn wird universell, massenhaft Gehörshallucinationen. Der verzweifelte Kranke weiss keinen Ausweg mehr als Mord des Feindes oder Selbstmord.

Ein Traum in der Nacht vor dem Mord, der alogische Beziehungen zum vermeintlichen Feind enthält sowie die Wahrnehmung beim Erwachen, dass sein Penis atrophisch geworden ist, lässt ihn sich für die erstere Alternative entscheiden!

Digitized by Google

B. bietet seit der Kindheit Nystagmus. Seit einem schweren Typhus mit 14 J. hatte die Intelligenz etwas gelitten.

Mit Recht macht Verf. aufmerksam, dass eine ärztliche Exploration und Internirung des Kranken schon längst geboten gewesen wäre und schweres Unheil verhütet hätte, ferner dass man einen so gefährlichen Kranken selbst im Falle einer Intermission (Genesung!) nicht ohne Weiteres aus der Irrenanstalt entlassen dürfe.

Murray, J., **Lebensgeschichte eines simulirenden Verbrechers. — The Journal of mental science. Juli.**

Geschichte eines Gewohnheitsverbrechers der den grössten Theil seines Lebens in Gefängnissen zugebracht und endlich durch Suicidium geendigt hatte. Zahllose zum Theil erfolgreiche Simulationen, zuletzt von Epilepsie und Lähmung. Die erstere erwies sich als unecht, insofern Symptome, deren Fehlen man ärztlich beanstandete, in späteren Anfällen zu Tage traten, die letztere durch einen Selbstmordversuch, bei welchem der Betreffende gehen und klettern konnte.

Der Betreffende war aber nicht blosser Verbrecher und Simulant sondern moralisch und intellectuell defect (moral insanity), stammte aus einer neurotischen Familie, in welcher Verbrechen, Irrsinn, Taubstummheit, Selbstmord vorgekommen waren.

Coutagne **u.** ***Bernard,*** **Mord, fragliche Zurechnungsfähigkeit wegen Morphiummissbrauch. — Archives de l'anthropologie criminelle. 5. Jahrg. No. 25.**

M., 29 J., unehelich geboren. Vater unbekannt. In der mütterlichen Familie kam Geisteskrankheit vor. M. war nie schwer krank, ausser an Syphilis, unbelastet, hatte bis zum Mord (13. Sept. 1889) als Wärter im Spital zur Zufriedenheit gedient, daselbst sich seit 14 Monaten, Magenbeschwerden wegen, täglich Morphiumeinspritzungen heimlich gemacht.

Wahrscheinlich unter dem Einfluss dieser und einer unglücklichen Liebe schlief er seit geraumer Zeit schlecht, war niedergeschlagen, etwas nachlässig im Beruf und ass weniger. Obwohl er zu sehr grossen Morphindosen gekommen war, empfand er von diesem Mittel nicht mehr die gewohnte Euphorie. Von psychischer Störung war nie etwas an ihm bemerkt worden.

Am 12. Sept. bekam er einen starken Verweis wegen seiner Liebesaffaire mit einer Wärterin, erfuhr dass die Angelegenheit von einem A., dem er sein Vertrauen geschenkt hatte, den Vorgesetzten verrathen worden war, er will sich an A. sofort rächen, sucht sich aber mit gehäuften Morphiuminjectionen zu beruhigen. Gleichwohl ersticht er am 13. früh 5 Uhr den A. in seinem Bett und verwundet sich dann mit 4 Revolverschüssen. Er bietet auch nach der That und in der Folge psychisch nichts Abnormes,

Digitized by Google

erträgt auch die sofortige Entziehung des gewohnten Morphiums ohne Folgen. Auch psychisch bietet er keine Anomalien, auch keine Degenerationszeichen.

Die Expertise hebt mit Recht hervor, dass man die Morphinisten in 2 Kategorien theilen muss: in Belastete mit meist allgemeinen Neurosen die ganz zwangsmässig zum Morphinmissbrauch, gleichwie zu anderen Stoffen (Alkohol, Cocain u. s. w.) gelangen und Unbelastete, die zufällig die Wirkungen des Morphin anlässlich einer schmerzhaften Krankheit kennen lernen und sich dann schwer von jenem losmachen.

Mit Recht macht das Gutachten geltend, dass M., obwohl er bis zu 0.2 täglich consumirte, nur geringe Anfangssymptome von Morphinismus bot, deshalb auch keine Abstinenzbeschwerden erfuhr, sodass die Morphiumfrage bei ihm gegenstandslos bezüglich seiner Zurechnungsfähigkeit erschien.

Da er überhaupt keine Zeichen von Geistesstörung bot, wurde er zu 15 Jahren Zwangsarbeit verurtheilt.

Zierl, Gerichtlich psychiatrische Mittheilungen. — ***Friedreich's*** Blätter f. gerichtl. Medicin. 41. Jahrg. Heft 6.

1. Sittlichkeitsverbrechen. Schwere erbliche Belastung. Angeborene perverse Geschlechtsthätigkeit (sog. conträre Sexualempfindung).

Der interessante Fall findet sich schon in *v. Krafft's* Psychopathia sexualis 3. Aufl. als Beob. 43 mitgetheilt.

Peters, Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit einer Kindesmörderin. — Zeitschr. f. Medicinalbeamte. 3. Jahrg. No. 5.

Frau A., 30 J., alt hat am 6. August ihren 3jährigen Sohn, dessen Krankheit ihr Gemüth bedrückte, ertränkt und gleich darauf sich selbst zu ertränken versucht. Nahrungssorgen, schlechte Behandlung Seitens des Ehemanns gab sie nebst Sorge um die Zukunft des kränklichen Kindes, das ohne die Mutter nicht existiren könnte, als Motive der That an.

Seit dem Tod eines anderen Kindes 8 Monate vorher, der sie gemüthlich tief erschütterte; war Frau A. schon melancholisch gewesen, ebenso zeigte sich in der Haft schwere Melancholie mit Suicidversuchen u. s. w.

Plagiocephaler Schädel. Schwester war wiederholt irrsinnig. Die That scheint in einer Episode von heftiger Präcordialangst begangen worden zu sein.

Pat. hat nur eine sehr summarische Erinnerung davon.

Versetzung in eine Irrenanstalt.

Mandalari, Gutachten über einen dreifachen Mörder. — Il Morgagni. Februar.

N., Seifenfabrikant in Catania, 34 J., früher gut beleumundet, hat in der Nacht vom 21. Dez. 1886 seine neben ihm schlafende Frau erdolcht

Digitized by Google

und seine 7jährige und seine 6wöchentliche Tochter erdrosselt. N. leugnete zuerst, suchte den Verdacht auf einen Anderen zu lenken, legte dann ein unumwundenes Geständniss ab und bat ihn hinzurichten.

N. aus ganz gesunder Familie, früher gesund, geachteter und tüchtiger Geschäftsmann, in guter Ehe lebend, befand sich seit Jahren unter dem fascinirenden Einfluss einer Maitresse, die ihn an sich zu locken gewusst hatte und ganz beherrschte.

Der Welt und der Frau hatte er diese Beziehungen geheim zu halten vermocht.

Jenes Monstrum von Weib wusste durch Erweckung von Eifersucht und Erklärung N., könne nur durch die Ehe ferner in ihrem Besitz bleiben, den schwachen und liebestollen N. soweit zu treiben, dass er zum Mörder an Weib und Kindern wurde. Nach der That hatte er seinen kleinen Neffen gezwungen ihn zu fesseln, wie wenn er selbst das Opfer von Mördern gewesen wäre und ihm Schweigen geboten bei Gefahr seines Lebens. Als Leute kamen, spielte er die Rolle eines unglücklichen überfallenen Familienvaters!

Nach seinem Geständnisse äusserte er tiefe Reue. In den 2 Jahren der Untersuchung und der wiederholten Hauptverhandlungen bot N. nie Erscheinungen geistiger Störung.

Seine Liebestollheit zur Metze konnte er sich nur mit einer Art Fascination erklären. Ueber seine Frau hatte er sich nie zu beklagen gehabt. Von abnorm krankem oder perversem Sexualtrieb fanden sich keine Spuren an diesem denkwürdigen Ausnahmsverbrecher aus Leidenschaft vor. Seine Reue und Zerknirschung bewiesen, dass er auch moralisch nicht defect war. Nachweis geistiger Gesundheit. Ausschluss unwiderstehlichen Zwanges.

***Engelhorn*, Gutachten über einen zweifelhaften Fall von Geistesstörung. — Württemb. Corr.-Blatt No. 30.**

F., aus Amerika, 25. J., Bierbrauer, Gast beim Sängerfest in Göppingen, hat Abends im Gasthaus ohne allen Anlass einem anderen Gast D. ein zerbrochenes Glas an den Kopf geworfen und denselben erheblich verletzt. Er behauptet von einem „Schwarzen" gepackt worden zu sein.

F., aus gesunder Familie, geistig schwach veranlagt, leidet seit 3 J. an bei Emotion oder geistiger Anstrengung auftretenden Anfällen von Angst, Beklommenheit mit Fiebergefühl und nachträglicher grosser Müdigkeit und Abspannung. Diese Anfälle wiederholen sich alle 2—3 Monate. Intervallär keine besonderen Erscheinungen. F. bleibt dabei, er sei von einem schwarzen Herrn am Halse gepackt worden und habe sich einfach gewehrt.

Das Gutachten macht transitorische Geistesstörung geltend, zumal da nach dem Attentat F. geradeso geistig und körperlich ermattet war wie sonst nach seinen Anfällen.

Digitized by Google

Hotzen, Gutachten über den Geisteszustand des L. (Exhibitionen auf epileptischer Basis). — ***Friedreich's*** Blätter f. gerichtliche Medicin. 41. Jahrg. Heft 6.

L., 37 J., hat in Bremen und Umgebung vom 15. Oct. bis 2. Nov. 1889 eine grosse Zahl von Exhibitionen vor kleineren Mädchen sich zu Schulden kommen lassen, sogar in Schulen. Die meisten Exhibitionen kamen am hellen Tage und auf offener Strasse vor. Gelegentlich kam es vor, dass L. von Mädchen verlangte, sie sollten ihn manustupriren. Bei älteren Mädchen kam es zu Aufforderungen den Coitus zu gestatten, brünstigen Umarmungen. Da die Mädchen Coitus weigerten, masturbirte er dann vor ihnen. In K. zotete er im Gasthause, schlug dann in einer Schankwirthschaft mit dem entblössten Penis an die Fensterscheiben, sodass die in der Küche befindlichen Mägde und Kinder es sehen mussten. Auch stahl er ein Kistchen Cigarren, gab sich für einen Kaufmann aus. Als ihm 2. Nov. ein Landjäger begegnete, zeigte er ein verdächtiges Benehmen, das zur Verhaftung führte. Diese gelang erst nach längerer Verfolgung, wobei L. mit einem Messer drohte.

Es stellte sich heraus, dass L. schon beim Militär wegen Fahnenflucht, unzüchtiger Handlungen, Diebstahl u. s. w. wiederholt bestraft worden war, in der Strafzeit irrsinnig wurde, einige Zeit deshalb in Behandlung stand, durch wandelbares streitsüchtiges Wesen, Vagabondage, Orgien mit Dirnen, öffentlichen Unfug durch Trunkenheit, Cigarrendiebstähle, Betrug vielfach auffällig und anstössig gewesen war. Ueberdies hatte er von 1876—1889 durch zahllose Exhibitionen Aergerniss erregt, gerichtliche Untersuchungen zu bestehen gehabt. Etwa 15 ärztliche Gutachten waren über ihn erstattet worden, jedesmal mit dem Tenor: Geisteskrankheit, sodass er jeweils straflos ausging. Wiederholt war L. in Irrenanstalten gewesen, wahrscheinlich wegen „hallucinatorischem Wahnsinn".

L.'s Bruder starb an Paralyse. L. bietet keine Degenerationszeichen, keine epileptischen Antecedentien. Er ist zur Zeit nicht geistig krank, auch nicht geistig geschwächt. Seine anderen Delicte hält er für in zurechnungsfähigem Zustande begangen, nicht aber seine Exhibitionen.

Er bekomme periodenweise einen Drang zum Trinken, trinke dann einige Tage fort, während er sonst höchst mässig sei. Habe er eine Zeit lang im Trinken des Guten zu viel gethan, so bekomme er Blutandrang zum Kopf, Schwindel, Unruhe, Angst, Beklemmung, er gerathe dann in einen traumartigen Zustand, fühle sich aufgeregt, habe Schwindel, Herzklopfen. Ein unwiderstehlicher Reiz zwinge ihn dann, sich zu entblössen. Diese Handlung verschaffe ihm dann Erleichterung und Freiheit des Athmens. Wenn er sich entblösst habe, wisse er dann nicht mehr, was er thue.

Intervallär, im normalen Zustand habe er den tiefsten Abscheu gegen jene Thaten, nichts in der Welt könnte ihn dazu bringen. Sein geschlecht-

Digitized by Google

liches Fühlen und sein Verkehr sei im gesunden Zustand ganz normal. Erst mit der Zeit hatten sich sexuelle Vorstellungen und Dränge diesen angstvollen Dämmerzuständen hinzugesellt. Früher war er in solchen Fällen desertirt, einmal zu einem Fenster hinabgesprungen, ein andermal aus einer guten Stellung planlos in ein Nachbarland davon gelaufen.

Als Vorboten solcher Zustände hatte er öfter kurze Zeit vorher Flimmern vor den Augen und Schwindel. Für die Zeit seiner Dämmerzustände bestand keine klare Erinnerung.

Bemerkenswerth ist, dass L. jeweils so rücksichtslos exhibitionirte, dass fast alle Male er darüber betreten wurde.

Wenn L. ausserhalb seiner krankhaften Perioden gelegentlich sich einmal berauschte, kam es nicht zum Exhibitioniren.

Verf. weist in überzeugender Weise nach, dass L. zu Zeit psychisch-epileptischer Anfälle und impulsiv seine sexuellen Delicte beging.

***Magnan*, Ueber Exhibitionisten. — Archives de l'Anthropologie criminelle et des sciences pénales. 5. Bd. No. 28. p. 456.**

Verf. stellt diesen krankhaften Antrieb in Analogie zum Dipso-Sito-Onomatomanen und erkennt in dem impulsiven, periodischen Gepräge dieser Antriebe, nicht minder, dass sie von qualvoller Angst begleitet sind, die nach der Realisirung jener Antriebe einem Gefühl grosser Erleichterung Platz macht, wichtige klinische Züge.

Er gibt werthvolle neue Beobachtungen.

1. G., 29 J., Garçon eines Café, hat 1888 unter der Kirchenthür vor mehreren in einem Gewölb gegenüber arbeitenden Mädchen exhibirt. Er gesteht das Factum, sowie dass er schon mehrmals am gleichen Ort zu gleicher Tageszeit sich desselben Vergehens schuldig gemacht habe und deshalb schon im Vorjahr mit 1 Monat Gefängniss bestraft worden sei.

G. hat sehr nervöse Eltern. Sein Vater ist psychisch nicht äquilibrirt, höchst jähzornig. Seine Mutter ist zeitweise psychisch krank und mit schwerer Nervenkrankheit behaftet.

G. hatte von jeher nervöses Zucken im Gesicht, beständigen Wechsel von unmotivirter Verstimmung mit Taed. vitae und Zeiten heiterer Erregung. Mit 10 und 15 Jahren hatte er ob geringfügiger Anlässe sich tödten wollen. Bei Gemüthsbewegungen hat er gleich Zuckungen in den Extremitäten. Er bietet constant allgemeine Analgesie. Im Gefängniss war er anfangs ausser sich vor Scham über die Schande, die er seiner Familie zugefügt, erklärte sich für den schlechtesten, der schwersten Strafe bedürftigen Menschen.

Bis zum 19. Jahre hatte G. mit Auto- oder mutueller Masturbation sich befriedigt, gelegentlich auch einmal Mädchen onanisirt. Von da ab in einem Café bedienstet, regten ihn weibliche Besucher desselben so mächtig auf, dass es öfter zu Ejaculation kam. Er litt fast beständig an Priapismus, und wie seine Frau versichert, störte ihm derselbe trotz Coitus oft die

Digitized by Google

Nachtruhe. Seit 7 Jahren hatte er wiederholt an seinem Fenster exhibirt, sich auch nackt seinen weiblichen Nachbarinnen gegenüber exponirt.

1883 schloss er eine Ehe aus Neigung. Der eheliche Umgang genügte nicht seinem excessiven Bedürfniss. Die sexuelle Erregung war zeitweise so heftig, dass er Kopfweh bekam, ganz verwirrt, wie betrunken, auffällig und unbrauchbar im Beruf erschien.

In einem solchen Zustand am 12. Mai 1887 hatte er kurz hintereinander in 2 Strassen von Paris vor Damen exhibirt. Seither kämpfte er einen verzweiflungsvollen Kampf gegen seine ihn fast permanent verfolgenden krankhaften Antriebe, auf deren Höhe er duster, verstört war und Nächte hindurch weinte. Gleichwohl wurde er immer wieder rückfällig. Gutachten: Nachweis hereditärer Degeneration mit Zwangsvorstellungen und unwiderstehlichen Antrieben („Perversion délirante du sens genital"). Freisprechung.

2. B., 27 J., von neuropathischer Mutter und alkoholischem Vater, hat einen Bruder, der Säufer und eine Schwester, die hysterisch ist. Vier Blutsverwandte von väterlicher Seite sind Säufer, eine Cousine ist hysterisch.

Vom 11. Jahre an Onanie, solitär oder mutuell. Vom 13. Jahre ab Dränge zu exhibiren. Er versuchte es am Pissoir einer Strasse, empfand wollüstiges Behagen, aber gleich darauf Gewissensbisse. Versuchte er im weiteren Verlauf seinen Trieb zu bekämpfen, so fühlte er heftige Angst und Beklemmung auf der Brust. Als Soldat trieb es ihn häufig sein Glied Kameraden unter verschiedenen Vorwänden zu zeigen.

Vom 17. Jahre an verkehrte er sexuell mit Weibern. Es gewährte ihm grossen Genuss sich vor ihnen nackt zu zeigen. Sein Exhibitioniren auf den Strassen setzte er fort. Da er aber nur selten vor Pissoirs auf Zuschauerinnen rechnen konnte, verlegte er den Schauplatz seiner Delicte in Kirchen. Um an dieser Stelle zu exhibiren, musste er sich immer vorher Muth antrinken.

Unter dem Einfluss geistiger Getränke war der sonst noch leidlich beherrschbare Drang unwiderstehlich. Er wurde nicht verurtheilt, verlor seinen Posten, trank mehr seitdem. Nicht lange danach neuerliche Arretirung, da er in einer Kirche exhibirt und sogar masturbirt hatte.

Verf. weisst darauf hin, dass die Categorie der (hereditär degenerativen) impulsiven Exhibitionisten numerisch viel geringer ist als die der auf Grund geistiger Schwäche und nicht impulsiv exhibirenden.

Dies geht auch aus *Lasègues* Casuistik hervor, der unter 8 Fällen 3 senile, 1 paralytischen, 1 epileptischen zählte.

Auch für diese Kategorie bringt Verf. Beispiele.

X. imbecill, 29 J., hat wiederholt in öffentlichen Gärten und auf Strassen exhibirt. Er weiss nicht wie er zu dieser Idee gekommen. Anfangs habe er sie als unanständig zurückgewiesen, aber sie sei stärker als er gewesen. Ein Jahr Aufenthalt im Irrenhause brachte keine Besserung.

Digitized by Google

E. 15 J. Hypospadiaeus, mit Convulsionen als Kind behaftet, litt seit 2 Jahren an Priapismus ohne alle geschlechtliche Erregung und hatte vergebens dagegen Onanie versucht. Seit 3 Monaten hatte er coitirt aber ohne den geringsten Genuss. Seit 6 Wochen empfindet er zeitweise den Drang, wenn er irgend eines weiblichen Wesens ansichtig wird sich vor demselben zu masturbiren. Bereits 4mal erlag er diesem Drang, obwohl er sich der Bedeutung und Folgen seiner obscoenen Handlung vollkommen bewusst war.

Die Mehrzahl der Exhibitionisten beschränkt sich darauf zu exhibiren, einige gehen weiter und masturbiren, andere treiben Frottage.

Der erste Frotteur, den Verfasser zu begutachten hatte, war folgender Fall.

D. 44 J. belastet, Alkoholiker und an Saturnismus leidend, hatte bis vor 1 J. viel onanirt, oft auch pornographische Bilder gezeichnet und sie seinen Bekannten gezeigt. Wiederholt hatte er sich allein daheim als Weib angezogen.

Seit 2 Jahren, wo er impotent wurde, fühlte er das Bedürfniss im Menschengedränge in der Dämmerung sein Glied zu entblössen und dasselbe an den Posteriora einer möglichst dicken Frauensperson zu wetzen.

Einmal in flagranti ertappt, war er zu 4 Monaten Gefängniss verurtheilt worden.

Seine Frau hat eine Milchwirthschaft. Wiederholt konnte er sich nicht enthalten seine Genitalien in den Milchtopf zu tauchen. Er hatte dabei ein wollüstiges Gefühl „wie von Berührung durch Sammt".

Er war cynisch genug diese Milch für sich und die Kunden zu benutzen.

Im Gefängniss entwickelt sich bei ihm alkoholischer Verfolgungswahnsinn.

Ein 2. Fall ist folgender:

M. 31 J. seit 6 J. verheirathet, Vater von 4 Kindern, schwer belastet, episodisch an Melancholie leidend, wurde vor 3 J. von seiner Frau betreten wie er ein Seidenkleid anhatte und sich masturbirte. Eines Tages wurde er in einem Laden betreten wie er Frottage an einer Dame trieb. Er war tief zerknirscht, verlangte empfindliche Strafe für seinen übrigens unwiderstehlichen Trieb.

G. 33 J. schwer hereditär belastet wird an einer Omnibusstation betreten als er Frottage mit seinem Glied an einer Dame trieb. Tiefe Zerknirschung, aber Versicherung, dass er beim Anblick der marcanten Posteriora einer Dame unwiderstehlich hingerissen sei Frottage zu treiben, dabei ganz verwirrt sei und nicht mehr wisse was er thue.

Versetzung in die Irrenanstalt.

Am häufigsten kommt Exhibition bei dem D. senilis und paralytica vor. Der Cynismus dieser nicht impulsiv handelnden Unglücklichen erklärt sich aus dem Umstand, dass sie der Bedeutung ihrer Handlung nicht bewusst sind.

Digitized by Google

Schliesslich gibt Verf. ein neues Beispiel von Zopfabschneiden.

E. 25 J. Mutters Schwester epileptisch, Bruder litt an Convulsionen E. will als Kind gesund gewesen sein und ziemlich gut gelernt haben.

Mit 15 J. empfand er zum ersten Mal beim Anblick des Haares einer Dorfschönen, die sich kämmte, ein wollüstiges Gefühl und eine Erection. Bis dahin hatten Personen des anderen Geschlechts keinen Eindruck auf ihn gemacht. 2 Monate später in Paris, erregt ihn jedesmal mächtig der Anblick der über den Nacken herabflatternden Haare junger Mädchen.

Eines Tages kann er sich nicht enthalten bei solcher Gelegenheit den Zopf eines Mädchens zwischen den Fingern zu drehen. Er wird verhaftet und zu 3 Monaten verurtheilt. Darauf dient er 5 Jahre als Soldat. Zöpfe sind ihm in dieser Zeit nicht gefährlich, jedoch träumt er zuweilen von Frauenköpfen mit Zopf oder aufgelöstem Haar. Gelegentlich Coitus mit Frauenzimmern aber ohne dass deren Haar als Fetisch wirkte. Wieder in Paris träumt er in obiger Weise und wird von Frauenhaar wieder sehr erregt. Niemals träumte er von der ganzen Gestalt eines Weibes, nur vom Kopf mit Zöpfen.

Seine sexuelle Erregung durch solchen Fetisch war in letzter Zeit so mächtig geworden, dass er sich mit Masturbation half.

Die Idee Frauenhaare zu betasten oder noch besser, Zöpfe zu besitzen um während ihrer Betastung masturbiren zu können, wurde immer mächtiger. Wenn er Haar von Frauenzimmern unter den Fingern fühlte, kam es neuerlich zu Ejaculation.

Eines Tages war es ihm gelungen bereits 3 Zöpfe von kleinen Mädchen auf der Strasse etwa 25 cm lang abzuschneiden und in seinen Besitz zu bringen, als er beim Versuch an einem vierten verhaftet wurde. Tiefe Reue und Scham.

Keine Verurtheilung. Seit geraumer Zeit in der Irrenanstalt ist er soweit gekommen, dass ihn die Zöpfe der Weiber nicht mehr aufregen. Freigelassen gedenkt er in seine Heimath zu gehen, wo die Weiber ihre Haare aufgebunden zu tragen pflegen.

***Sander,* Obergutachten des K. Medicinalcollegiums (Brandenburg) über den Geisteszustand des wegen Sittlichkeitsverbrechen angeklagten Instrumentenmachers N. — Zeitschr. f. Medicinalbeamte. 3. Jahrg. No. 10.**

N. 25 J., ledig hat Abends ein 7 J. altes Mädchen in den Hausflur geführt, ihm unter die Kleider gegriffen und seinen Leib betastet. Als das Kind schrie liess er von ihm ab. N. entschuldigte sein Benehmen mit Trunkenheit.

Es stellte sich heraus, dass N. vor Jahren einen Sturz erlitten hatte und seitdem geistig verändert und alkoholintolerant war. Ein Gerichtsarzt schloss auf krankhafte Störung der Geistesthätigkeit (Schwachsinn) mit

Digitized by Google

Ausschluss der freien Willensbestimmung. Ein zweiter fand nur geistige Beschränktheit. Das Obergutachten sprach sich im Sinne des ersten Experten aus, führte die Geistesschwäche auf eine schwere Hirnerkrankung zurück, u. A. durch den Nachweis von motorischen Störungen.

Auch für einen Zustand pathologischer Alkoholreaction tempore delicti ergaben sich Anhaltspunkte.

Freyer, Ein weiterer Beitrag zu den Fällen von Perversität der Geschlechtsempfindung. — Ebenda No. 8.

X. Barbiergehülfe 35 J. wiederholt wegen Vergehens gegen die Sittlichkeit bestraft, ist neuerdings verhaftet, da er seit 3 Wochen in der Nähe einer Mädchenschule herumlungernd die Aufmerksamkeit von Mädchen auf sich zu lenken suchte und wenn ihm dies gelungen war, exhibitionirt hatte. Gelegentlich hatte er ihnen auch Geld versprochen mit den Worten „ich habe einen schönen Zebedäus" „kommt, wollt Ihr lecken".

X. gesteht im Verhör Alles zu, weiss aber nicht wie er dazu gekommen sei. Er sei sonst der vernünftigste Mensch, habe aber den Hang in sich dies Vergehen zu verüben und könne ihn nicht bezwingen.

Schon 1879 als Militär, war er einmal vom Dienste fort, hatte sich in der Stadt herumgetrieben und vor Kindern exhibitionirt. 1 Jahr Gefängniss. 1881 dasselbe Vergehen. Er lief den schreienden Kindern nach und sah sie „starr" an. Gefängniss 1 J. 3 Monate. 2 Tage nach der Entlassung aus dem Gefängniss sagte er zu 2 kleinen Mädchen „wenn Ihr meinen Schwanz sehen wollt, so kommt mit in diese (Jahrmarkts) Bude. Er läugnete diese Worte, behauptete Trunkenheit. 3 Monate Gefängniss.

1883 neuerliche Exhibition. Er sprach dabei nichts, behauptete im Verhör seit einer schweren Krankheit vor 8 J. an derartigen krankhaften Erregungen zu leiden. 1 Monat Gefängniss.

1884 Exhibition vor Mädchen auf einem Kirchhof, 1885 neuerlich. Er erklärte „ich sehe mein Unrecht ein, es ist aber wie eine Krankheit. Wenn es über mich kommt, kann ich mich solcher Handlungen nicht erwehren. Es dauert manchmal eine geraume Zeit, dass mir diese Neigungen fernbleiben". 6 Monate Gefängniss.

Am 12. August 1885 entlassen, wurde er schon am 15. August rückfällig. Dieselbe Verantwortung. Diesmal ärztliche Untersuchung. Sie konnte keine geistige Störung finden. 3 Jahre Zuchthaus.

Aus diesem entlassen, eine Reihe neuer Exhibitionen.

Die diesmalige Exploration ergab Folgendes:

Vater litt an Alkohol. chron. und soll dieselben unzüchtigen Handlungen begangen haben. Mutter und eine Schwester nervenkrank, die ganze Familie von heftigem Temperament.

X. litt vom 7.—18. J. an epilept. Krämpfen. Mit 16 J. erste Cohabitation. Später Gonorrhöe und angeblich Syphilis. In der Folge normaler Geschlechtsverkehr bis zum 21. Jahre. Damals hatte er oft in der Nähe

Digitized by Google

eines Spielplatzes vorbeizugehen und befriedigte gelegentlich das Bedürfniss zu uriniren, wobei es vorkam, dass die Kinder neugierig zuschauten.

Gelegentlich bemerkte er, dass dies Zuschauen ihn sexuell erregte, ihm Erection und sogar Ejaculation machte. Er fand an dieser Art der Geschlechtsbefriedigung nun mehr Gefallen, wurde gleichgültiger gegen Coitus, befriedigte sich nur mehr auf jene Weise, fühlte davon sein ganzes Denken beherrscht, träumte von solcher Exhibition unter Pollutionen. Er habe immer mehr vergebens gegen seinen Exhibitionsdrang angekämpft. Dieser sei stets mit solcher Gewalt über ihn gekommen, dass er um sich her nichts Anderes berücksichtigte, nichts sah und hörte, vollständig wie „ohne Verstand", wie „ein Bulle, der mit dem Kopf durch die Wand rennen will".

X. bietet abnorm breiten Schädel, kleinen Penis; l. Hoden verkümmert. Patellarreflex fehlt. Erscheinungen von Neurasthenie, besonders cerebraler. Häufig Pollutionen. Die Träume drehen sich meist um normalen Beischlaf, nur selten um Exhibition vor kleinen Mädchen.

Bezüglich seiner abnormen Geschlechtsacte versichert er, der Trieb, Mädchen aufzusuchen und anzulocken sei das Primäre und erst dann, wenn es ihm gelungen sei, deren Aufmerksamkeit auf seine entblössten Genitalien zu lenken, trete Erection und dann Ejaculation ein. Beim Act schwinde ihm das Bewusstsein nicht. Nach demselben sei er ärgerlich über die That und sage sich, wenn nicht dabei ertappt, „wieder einmal dem Staatsanwalt entgangen".

Im Gefängniss habe er den Trieb nicht, hier belästigen ihn nur die Träume und Pollutionen. In der Freiheit habe er täglich die Gelegenheit gesucht, sich durch E. zu befriedigen. Er gäbe 10 Jahre seines Lebens um die Sache loszuwerden; „dieses ewige Angstleben, dieses Schweben zwischen Freiheit und Nichtfreiheit sei unerträglich".

Das Gutachten nahm eine angeborene (?) Perversität der Geschlechtsempfindung an bei unverkennbarer erblicher Belastung, neuropathischer Constitution, Schädelasymmetrie, mangelhafter Entwicklung der Genitalien.

Bemerkenswerth sei auch, dass das Exhibitioniren auftrat als das epileptische Leiden aufhörte, sodass man an eine vicariirende Erscheinung denken möchte.

Die sexuelle Perversität entwickelte sich bei vorhandener Disposition durch zufällige Ideenassociation sexuellen Inhalts (neugieriges Zuschauen der Kinder als er urinirte) mit einer an und für sich bedeutungslosen Handlung.

Der Kranke wurde nicht verurtheilt und einer Irrenanstalt übergeben.

***Bonfigli* u. *Tambroni*, Gutachten über einen wegen Insubordination verhafteten Soldaten. — Rivista sperimentale. Bd. 16 Fascic. 1 u. 2.**

A., 22 J., Soldat in einer Strafcompagnie beging, während des Exercirens eine schwere Insubordination gegen den Sergeanten. Er kam in die

Digitized by Google

Zelle, bekam dort am 2. Tage der Haft einen Wuthanfall und versuchte sich umzubringen.

Ins Militärspital aufgenommen, bot er neuerlich solche Anfälle.

Um klar zu stellen ob er nicht Simulant sei, kam er in die Irrenanstalt Ferrara.

Ueber Familie und Kindheit mangeln Notizen. A. war von Kindesbeinen auf aller Welt sonderbar erschienen. Vom 12. Jahre ab hatte er häufig Diebstähle begangen und hatte sich in der Haft jeweils höchst eigenthümlich und undisciplinirbar erwiesen.

Seit der Abstellung zum Militär hatte er zahlreiche Disciplinarstrafen erhalten. In die Strafcompagnie versetzt, blieb er sonderbar, reizbar und fügte sich nicht der Zucht.

In der Irrenanstalt wurde er ruhiger, arbeitete etwas, blieb aber reizbar, hochmüthig, ewig unzufrieden mit Allem.

Am 11. Juni grosse Reizbarkeit. Er schrieb einen impertinenten Brief an seine Eltern, weil sie ihn vernachlässigten und drohte ihnen mit dem Tod, wenn er herauskomme.

Er wurde zunehmend gereizt, händelsüchtig, versuchte in der Nacht zum 14. Juni sich zu erhängen, hatte dann einen Wuthanfall, wurde vorübergehend ruhig auf Hyoscininjection, dann wieder aufgeregt. Am 18. Juni war er wieder im Stat. quo ante.

Die Expertise ergab einen schwer belasteten Menschen, Abnormität der ganzen psychischen Entwicklung von Kindesbeinen auf, grosse Reizbarkeit bis zu Wuthanfällen von epileptoidem Gepräge, Neigung zu Simulation, Lügenhaftigkeit, Bizarrerien des Fühlens und des Gedankengangs, impulsive Erscheinungen, enormes Selbstgefühl, Asymmetrie des Schädels, sexuelle Abnormitäten, sensible und Sinnesanomalien.

Das Gutachten betonte den psychischen Entartungszustand und die daraus resultirende mangelhafte Fähigkeit der Selbstbestimmung.

In Berücksichtigung dieser psychischen Anomalien wurde die Strafe auf 1 Jahr Gefängniss (statt 10 Jahre) festgesetzt.

Beherzigenswerth ist der im Gutachten ausgesprochene Wunsch, dass nur geistig normale aequilibrirte Individuen zum Militärdienst herangezogen werden mögen.

***Morselli*, Gutachten über einen Mörder („Imenomanie eines Imbecillen). — Rivista sperimentale. Bd. 16. Fascic. 1 u. 2.**

Am 15. August 1887 gegen Abend erstach C. auf offener Strasse Wittwe P. und verwundete gefährlich deren kürzlich erst vermählte Tochter X. Einige Stunden später stellte er sich selbst der Behörde.

C., 38 J., Dienstmann, erblich nicht belastet, allgemein für geistig nicht normal geltend, hatte seit Frühjahr 1886 die G. mit Heirathsanträgen verfolgt, zurückgewiesen, sie beschimpft bis deren Bruder ihn tüchtig durch-

Digitized by Google

prügelte. Nun gab er Ruhe, wendete aber seine Liebe mit nicht besserem Erfolge der A. und dann der X. zu.

Spassvögel verschlimmerten die Sache dadurch, dass sie ihm fingirte Liebesbriefe schrieben. Nun wurde er ganz liebestoll und höchst eifersüchtig, bedrohte einmal sogar vermeintliche Nebenbuhler gefährlich mit dem Messer und wurde immer lästiger mit seinen Werbungen um die X. Er behauptete deren Jawort zu haben, verlangte Abschlagszahlungen auf die Mitgift, wurde immer zudringlicher. Die Foppereien der Leute wirkten verschlimmernd.

Im Mai heirathete die X. und begab sich auf die Hochzeitsreise.

C. war ganz vernichtet ob dieser vermeintlichen Untreue. Er liess anfangs den Kopf hängen, dann sann er auf Rache. Die jungen Ebeleute waren von der Hochzeitsreise zurückgekehrt.

C. belagerte deren Wohnung, schimpfte, warf Steine durchs Fenster bis die Polizei Ruhe gebot.

C. wiederholte bald sein unsinniges Treiben, der Ehemann war durch Geschäfte verhindert die Frauen zu schützen. Niemand erkannte den Irrsinn und die Gefahr bis es zur Katastrophe kam.

Die Aerzte der Irrenanstalt F. erklärten C. für halbimbecill und halbunzurechnungsfähig und übersahen die erotische Paranoia. Neuerliche Exploration durch Verf.

C. ist imbecill, Schädelumfang 54 cm, Schädel plagiocephal. C. ist Masturbant, defect bezüglich ethischer Vorstellungen und Gefühle, einsichtslos für seine That. Er glaubt nicht an den Tod der X., hofft, dass sie ihn ehestens heirathen wird. Er verlangt seine Entlassung aus der ungerechtfertigten Haft des Irrenhauses. Um diesen Preis sei er bereit auch die Mutter der X. zu heirathen.

Später beansprucht er Schadenersatz von den Beiden wegen der um sie ausgestandenen Haft.

Nachweis der geistigen Unfreiheit dieses imbecillen Paranoikers.

Ottolenghi, Zur psychischen Epilepsie. — Rivista sperimentale. Bd. 16 Heft 4.

1. Versuchter Mord und Selbstmord.

L., 22 J., schoss 7. Jan. 1888 auf seinen schlafenden Kameraden einen Revolver ab und verwundete dann sich. Schädel plagiocephal, Herz in der Breite vergrössert, Stenose des Ost. aortae. Herabgesetzte cutane Sensibilität. Schwester epileptisch. L. war nie schwer krank gewesen, mit 8 J. einmal bewustloses Umstürzen.

Mit 17 J. Verwundung eines Kameraden im Streit. Seit 1888 nach Schreck epileptoide Anfälle, anfangs mehrmals täglich, dann seltener, in jüngster Zeit wieder häufig. Das Attentat war motivlos. Einige Stunden später epil. Anfall mit praeepil. stuporösem Zustand. In der Folge öfter epil. Anfälle.

Digitized by Google

Vor der That hatte L. etwas getrunken. Das Verbrechen erschien prämeditirt. 1 Jahr vorher hatte er mit dem Verletzten einen Streit gehabt. Im 1. Verhör, an das er sich aber hinterher nicht erinnerte, hatte er seine Handlung mit Rache motivirt.

Nachweis eines epil. Ausnahmezustandes zur Zeit der That, wobei wahrscheinlich die Erinnerung an eine frühere, im luciden Zustand längst vergessene und vergebene Beleidigung Motiv zur unbewussten Handlung wurde. Versetzung in die Irrenanstalt. Keine Verurtheilung.

2. Doppelmord und schwere Verletzung.

B., 19 J., Maurer, hat am Abend des 5. Dec. 1887 einen Kameraden verwundet und einen anderen, sowie den Bürgermeister getödtet.

B. war von Jugend auf dem Trunk ergeben, Schädelumfang 58 cm. Moralische und intellectuelle Schwäche. Aus gesunder Familie.

Von jeher sehr reizbar, wurde wiederholt in Raufhändel verwickelt. Mit 9 J. ein epil. Insult. Die That fiel auf dem Heimweg aus der Schänke vor. Ohne jegliches Motiv überfiel er seine Kameraden mit dem Messer. Entwaffnet lief er nach der nahen Wohnung und holte ein zweites. Seine Opfer hatten eine grosse Zahl Wunden. Endlich lief er heim. Er hatte nur summarische Erinnerung für das Vorgefallene. Seine Brüder veranlassten ihn nach der nahen Schweiz zu flüchten. Auf dieser Flucht wurde er verhaftet.

Die Expertise erweist einen degenerativen epileptischen, dem Alkoholismus verfallenen Menschen. Nach geringem Alkoholgenuss war der alkoholintolerante B. in einem epilept. Ausnahmszustand gerathen, in welchen er zum Mörder wurde.

3. Selbstmordversuch bei einem Gefangenen.

B., 18 J., in Untersuchungshaft wegen Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit, versuchte sich mit einer Eisenstange den Schädel einzuschlagen und zündete seinen Strohsack an.

Schädel plagiocephal, Cf. 52, mehr weibliche Züge. Seit Jahren epileptisch, gelegentlich epil. Delirien. Die That fand in einem deliranten Zustand statt. Völlige Amnesie.

4. Mord und versuchter Kindesmord.

X., Maurer, 26 J., hatte tagüber Kopfweh und Schwindel gefühlt, wurde Abends aus dem Wirthshause, wo er wenig getrunken hatte, von der Frau, welche einen Säugling auf dem Arm hatte, abgeholt. Unterwegs wurde er aufgeregt, versuchte sein Kind in den Fluss neben der Strasse zu werfen, lief dann wieder ins Wirthshaus. Auf dem Heimweg aus diesem stiess er auf einen Betrunkenen, fiel zu Boden, raffte sich auf, schlug den Mann todt, ging heim, schlief ruhig und hatte am folgenden Morgen nur eine höchst summarische Erinnerung von dem Vorgefallenen.

Schädel plagiocephal, Cf. 57,2. Inculpat ist Trinker, wenn angetrunken streitsüchtig gereizt mit Umneblung des Bewusstseins und Drang zum Zerstören. Seit Jahren öfter Anfälle von Kopfschmerz mit Schwindel, auch Dämmerzustände mit Irregehen.

Digitized by Google

Keine Expertise. Todesurtheil. Begnadigung zu lebenslänglichem Kerker.

5. Schwere Insubordination.

A., 22 J., Soldat, hat sich schwerer Insubordination und agressiven Benehmens gegen seinen Sergeanten, von dem er zum Pferdeputzen commandirt war, schuldig gemacht. Er ist geistig beschränkt. Vom 15. J. an Anfälle von Präcordialangst, vom 18. an solche von petit mal, mit grosser Reizbarkeit bis zum Zerstören und Aggressivwerden. Seit 6 Monaten als Soldat gehäufte Anfälle mit verkehrten Handlungen, weswegen er oft bestraft worden war. Die incrim. That fand in einem Dämmerzustand statt. Den Tadel des Vorgesetzten hatte er sich dadurch zugezogen, dass er Alles verkehrt gemacht hatte. In der Haft klassische epil. Anfälle. Nachweis des epil. Ausnahmezustandes zur Zeit der That.

***Giraud,* Gerichtsärztliche Revue. — Annales médico-psychol. Mai.**

1. Idiotie. Militäruntauglichkeit wegen Idiotie, gleichwohl wiederholte Bestrafungen wegen Diebstahl.

2. Dementia paralytica bei einer Frau — wegen wiederholter Diebstähle während der Krankheit zweimal ungerecht verurtheilt.

3. Imbecillität. Verletzung des öffentlichen Anstandes durch theilweises Entkleiden und Masturbation auf einem Friedhof. Verurtheilung. Revision des Verfahrens. Freisprechung.

4. Anklage wegen betrügerischen Bankerotts einer Wittwe. Einstellung des Verfahrens wegen erwiesener Paranoia persecutoria.

5. Mord des Sohnes in einem Anfall von Melancholie. Der Kranke scheint die That in Angst und um hingerichtet zu werden begangen zu haben. Er war schon wiederholt wegen Melancholie in der Irrenanstalt gewesen.

6. Mord in Trunkenheit.

D., 41 J., verliess nach Mitternacht ein Café chantant, traf unterwegs eine Gruppe von 4 Personen, stach mit seinem Stechdegen eine derselben nieder, ging raschen Schrittes weiter und wurde bald darauf verhaftet.

Sohn eines alkoholistischen Selbstmörders und einer an Dem. paral. gestorbenen Mutter, dem Müssiggang und dem Alkohol ergeben, war er immer weiter geschäftlich, moralisch und physisch heruntergekommen, seit 4 Jahren Gewohnheitstrinker und am Abend der That betrunken gewesen. Schon früher hatte er in trunkenem Zustand angstvolles Delir geboten und das einemal Fenster zertrümmert, das anderemal einen Revolver abgefeuert.

Für die letzte Affaire hatte er vollkommen Amnesie. Die anfangs manifesten Erscheinungen von Alcoholismus schwanden bald im Gefängniss.

***Greidenberg, K. S.*, Gerichtlich-psychiatrische Beobachtung. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII. H. 2.**

Im Jahre 1882 wurden im Gefängnisse zu S. verschiedene Unterschleife und Fälschungen entdeckt und dem K. R., welcher die Stelle eines Schrei-

Digitized by Google

bers an demselben einnahm, zur Last gelegt. K. R. war zur Zeit der Entdeckung derselben verschwunden. Die Gerichtsverhandlung wurde deshalb deponirt. Im Jahre 1886 wurde K. R. im Gouvernement R. arretirt und die Gerichtsuntersuchung erneuert. Er leugnete Alles und behauptete von Zeit zu Zeit geistig krank zu sein und dann nicht zu wissen, was er thue. Zwei befragte Aerzte erklärten den K. R. für körperlich und geistig gesund, der Untersuchungsrichter war damit nicht befriedigt und verlangte eine specielle Untersuchung, und so kam der K. R. in die Irrenanstalt zu Sympheropol.

Eine genaue Ermittelung der Anamnese zeigte, dass K. R. schon im Jahre 1876 als Militär-Feldscheer in der Irrenabtheilung des Warschauer Militärhospitals sich befunden, an Melancholia pass. gelitten und als Reconvalescent seiner Frau zur weiteren Verpflegung übergeben worden war. Weiter zeigte sich, dass der Vater zur Zeit seiner Geburt an Dementia senilis, die Mutter aber an Melancholie gelitten und kurz nach der Entbindung gestorben war. Als Knabe war er im Bergkadettencorps, musste dasselbe aber, weil er zeitweise sich aus demselben ohne Erlaubniss entfernte, verlassen; gefragt, weshalb er das thue, konnte er nie einen befriedigenden Grund angeben. Während eines solchen zwecklosen Umherstreifens wurde er in Kiew arretirt, und da er sich durch nichts legitimiren konnte, dem Armenhause daselbst übergeben, von wo er in die Schule für Militärfeldscheere kam, diese Schule beendete er und so kam er als Feldscheer an das Warschauer Militärhospital.

Hier wiederholte sich das krankhafte Vagabundiren, es kam zur Untersuchung und obengenannte Krankheit wurde constatirt, wie auch das Weitere. Während solcher Zwischenzeit hatte er geheirathet, und von Zeit zu Zeit verliess er ohne Grund seine Frau, und so war er nach S. gekommen. Von allen diesen Zwischenfällen hat K. R. durchaus kein klares Bewusstsein. Während der Untersuchung in der Irrenanstalt wechselten starke andauernde Depression mit temporärer Excitation. Gestützt auf Beobachtung und Anamnese lautete *G.*'s Urtheil, dass K. R. an periodischem impulsiven Irresein leide, die Impulse bestanden eben in einem zwanghaften zwecklosen Umherirren.

Das Gericht acceptirte die Meinung *Greidenberg*'s nicht und erkannte den K. R. für geistig gesund, dagegen protestirte *G.* und die Angelegenheit wurde einer höheren Instanz übergeben, welche den Inculpaten für krank erklärte und denselben frei sprach. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Schüle-Illenau.

Allgemeine Pathologie.

Ferrier, David, Ueber Gehirnlocalisation. — The british medical journal. July.

Die Ansicht *Meynert*'s, dass die sensibelen Bahnen des Rückenmarkes im äusseren Drittel des Hirnschenkelfusses zur inneren Kapsel ziehen, scheint dadurch bestätigt, dass sich absteigende Degeneration des Fusses in diesem Drittel gewöhnlich nicht findet. *Bechterew* und *Rossolymo* sahen sie bei Läsionen des Schläfen- und Hinterhauptslappens. Nach Durchschneidung dieses Drittels bei Affen hat *Ferrier* bei keinem der Thiere Verlust oder wesentliche Beeinträchtigung der Reaction für Empfindungsreize beobachten, jedenfalls damit keinen Beweis für *Meynert*'s Ansicht liefern können, doch überstanden die Thiere den schweren Eingriff zu kurze Zeit. Die sensibelen Bahnen sollen nach *Flechsig* sich durch das Tegmentum des Hirnschenkelfusses in den hinteren Theil der inneren Kapsel begeben und in die Rindenregion zwischen Centralfurche und Hinterhauptslappen ausstrahlen, *Ferrier*'s Versuche an Affen ergaben abweichende Resultate. Störung der Sensibilität trat nicht bei Verletzung der genannten Rindenpartien, sondern nur da ein, wo die Hippocampalregion (incl. Cornu ammonis und Gyr. hippocampi) verletzt war, und zwar im Verhältniss zum Grade der Zerstörung. Leider blieb keines der Thiere, bei denen die Zerstörung eine vollständige und die Anästhesie eine absolute war, mehr als einige Tage am Leben, so dass die Dauer des Ausfalls ungewiss blieb. In einem Falle, in dem der innere Rand der Gyr. hippoc. mit der Taenia semicircul. und der Fimbria intact geblieben war, folgte der Operation rechtsseitige complete Anästhesie für Thermalreize und Tastempfindungen, das Gehör blieb unbeeinträchtigt, das Gesichtsfeld schien von rechts eingeengt, das rechte Nasenloch war unempfindlich. Dies blieb bis zum Tode am 4. Tage in Folge neuer Blutung unverändert.

In einigen zugleich mit *Horsley* und *Schäfer* angestellten Versuchen kehrte die Empfindung nach einigen Wochen zurück. In der Annahme, dass sich das tactile Centrum auch auf den übrigen Theil des Lob. falciformis erstrecke, dehnte *Ferrier* seine Operationen auf den Gyr. fornicatus aus und beobachtete hierbei, dass Läsionen dieser Windung ganz ähnliche Ausfallserscheinungen hervorriefen, wie die der Hippocampalregion. Erklären würde das die Annahme, dass der Lobus falciformis die Sensibilität der entgegengesetzten Körperhälfte im Allgemeinen, bestimmte Theile desselben die Sensibilität einzelner Körpertheile im Speciellen repräsentiren. Völlige und dauernde Anästhesie hervorzurufen ist nicht möglich, weil die Entfernung des ganzen Lob. falciformis nicht möglich ist, vermuthlich wird

Digitized by Google

auch die Sensibilität bilateral repräsentirt und der erhaltene Lobus falciformis der anderen Seite kann den Ausfall in gewissem Grade compensiren. Die Verbindungen dieser Rindencentren mit den sensibelen Bahnen der inneren Kapsel seien zwar noch unentdeckt, aber es sei zweifellos, dass die Centren in der Rinde der Balken- und Hippocampalwindungen gelegen seien; die bei Läsionen des Gyr. fornicatus beobachtete absteigende Degeneration sei dem zuzuschreiben, dass der Gyr. marginalis oder andere benachbarte motorische Centren zugleich afficirt seien.

Die Lage der Geruchs- und Geschmackscentren mit Hülfe der vergleichenden Anatomie zu ermitteln, ist noch nicht völlig gelungen. Von den vier Wurzeln des Tract. olfactorius, die sich bei Thieren mit hochentwickeltem Geruchsvermögen (osmatischen Thieren nach *Broca*) finden, zieht die äussere zum Lobul. hippocampi, die obere und mittlere zur grauen Substanz der Basis des Frontallappens und dem Trigemin. olfact., die innere verschmilzt mit dem vorderen Ende des Gyr. callosus. Die hintere Grenze des Lobus hippocamp. ist bei osmatischen Thieren durch eine von *Broca* „pli de passage retro-limbique" genannte Windung gut gekennzeichnet, als dessen Homologon beim Menschen gewöhnlich der Pedunculus cunei angesehen wird, nach *Ferrier* nicht mit Recht, es müsse vielmehr in dem Gyrus gesucht werden, der den Uncus mit dem vorderen Ende des Temporosphenoidallappens verbindet. Danach würde auch der Lobus hippocampi oder pyriformis dem Gyrus uncinatus entsprechen und nicht dem Gyrus hippocampi im Ganzen, der ein Theil des tactilen Centrums sei.

Die anscheinend vorhandene Verbindung der bei Osmatischen bedeutenden inneren Wurzel mit dem Gyr. fornicatus liess *Broca* annehmen, dass dieser Gyrus mit dem Geruchssinn zu thun habe und auch *Zuckerkandl* hält den vorderen Theil des Gyr. callosus für Riechcentrum und schliesst ferner aus der verschiedenen Grösse bei Osmatischen und Anosmatischen, dass auch das Cornu ammonis betheiligt sei. Nach *Ferrier* wechselt indessen die Entwickelung des Gyrus hippocampi weit mehr mit dem Geruchsvermögen als die des Hippocampus oder des Gyr. fornicatus. Es scheint ihm ein umgekehrtes Verhältniss zwischen der Grösse des letzteren und des Gyr. hippocampi zu bestehen und zwar zu Gunsten der Annahme, dass der Hippocampus gemeinsam mit dem Rest des Lob. falciformis mit der allgemeinen Sensibilität zu thun hat.

In der vorderen Commissur sieht *Meynert* ein Chiasma der Tract. olf. ähnlich dem Chiasma N. opt., aber nach den Versuchen *Ganser*'s und *v. Gudden*'s ist nicht anzunehmen, dass die etwa vorhandene Verbindung des Tract. der einen Seite mit der anderen Hemisphäre durch die vordere Commissur geht, vorhanden ist eine Verbindung wahrscheinlich, aber wo sie liegt, ist unbekannt. Die Thatsache, dass die Hippocampi durch ein bestimmtes System von Commissurenfasern im Fornix verbunden sind, spricht zu Gunsten der functionellen Verschiedenheit dieser Theile von

Digitized by Google

den Lobuli hippocampi, deren Verbindung in der vorderen Commissur liegt.

Ferrier schliesst seine Arbeit mit dem ausführlichen Bericht über einen Fall, in dem beim Affen zuerst der vordere Theil des linken Temporallappens mit Ausnahme eines kleinen Theiles des Lobul. hippocampi, einen Monat später entsprechend am rechten entfernt war, die Tractus olfactorii blieben unbeschädigt. Das Thier zeigte andauernden, fast vollkommenen Verlust der Geruchs- und Geschmacksempfindung.

In der zweiten Vorlesung gibt *Ferrier* im Wesentlichen eine Uebersicht über die neuesten Untersuchungen hinsichtlich der Functionen der im *Rolando*'schen Lappen und dem Stirnhirn gelegenen Centren.

Matusch.

***Chaslin*, Wahnsinn und Hallucinationen in ihrem Zusammenhang. Ann. méd. psych. Juli.**

Verf. stellt drei Fragen: 1) Warum kommen im Verfolgungswahn (type Lasègue-Falret) immer Gehörshallucinationen vor, und keine (oder selten) solche des Gesichts?; 2) Warum verläuft der Querulantenwahnsinn ohne Hallucinationen? 3) Warum stellen sich im religiösen Wahnsinn immer, neben den andern, auch Gesichtshallucinationen ein? Die Antwort auf die erste Frage findet Verf. in der nahen psychologischen Verbindung zwischen der deliranten Idee (des Verfolgtseins) und den Gehörsbildern aus den Worten. Die Worte sind die geistigen Abbilder der „Beobachtungsthatsachen", auf welche der Wahn sich gründet; aus der allmäligen „Einbildung" der Worte in das sensorielle Klanggebiet entstehen die Hallucinationen. Der „feste Glaube" des Kranken, und andererseits die „Aufmerksamkeit" sind die dazu mithelfenden und mitbedingenden Factoren. Durch deren Hilfe lernt der Kranke seinen Wahn begreifen und illusorisch ausdehnen. Die Hallucination ist die zum Gefühl gewordene Wahnidee selbst. (Bei dieser letztern Deutung erscheint es auffallend, dass Verf. den Ursprung der Hallucination nur in die Corticalis verlegt; und woher kommt ferner dem Kranken die Gewohnheit des „res tua agitur" in seinen „Beobachtungsthatsachen"? Ref.) Uebrigens enthält dieser Abschnitt eine Reihe feiner klinischer Beobachtungen über die Varietäten des zeitlichen Auftretens von Wahnideen und Hallucinationen. — ad 2) führt Verf. aus, dass sich der Querulant wesentlich vom Verfolgungswahnsinnigen unterscheidet: Bei diesem ist Alles auf die Wahnidee concentrirt: bei Jenem dagegen steht die Idee des krankhaften Rechtsgefühls und der Stolz psychologisch im Mittelpunkt.

Es handelt sich deshalb hier weniger um Störungen in den intellectuellen Vorgängen, sondern um krankhafte Acte; die Folge ist: ein systematisirtes krankhaftes Handeln, nicht aber ein delirantes Denken (? Ref.). — ad 3) die Gesichtshallucinationen der religiös Paranoischen leiten sich aus der anthropomorphen Idee der Allgegenwart Gottes her, welche sich

Digitized by Google

in krankhaften Exaltationszuständen in das durch diesen Glauben vorbereitete Gesichtsphantasma umsetzt.

***Johnson Smyth, W.*, Untersuchungen von Blut und Urin bei Geisteskranken. — Journ. of ment. Sc. October.**

Verf. machte seine bezügl. Untersuchungen an Fällen von subacuter Melancholie, an Epileptikern, ausserhalb und unmittelbar nach den Anfällen, an Paralytikern und an secundär Dementen. Die Methoden der Blutuntersuchung sind genau beschrieben, die Resultate graphisch und tabellarisch aufgezeichnet. Die Resultate sind: 1) bei Geisteskranken findet sich eine bemerkenswerthe Abnahme des Hämoglobins; 2) dieselbe ist am stärksten bei secundärer Demenz; 3) keine sehr merkliche Differenz findet sich bei Melancholie, Epilepsie und allgemeiner Paralyse, obwohl bei letzterer sehr hohe Procentsätze während der manischen Studien gefunden wurden; 4) die Zahl der rothen Blutkörper ist unter dem Normalstand; am kleinsten bei secundärer Demenz, am grössten bei Paralyse; 5) in den Fällen, wo das specifische Gewicht höher als im gesunden Zustande ist und wo zugleich die rothen Blutkörper und das Hämoglobin sich in Abnahme zeigen, ist das Blutplasma ungewöhnlich verdickt; am stärksten bei secundärer Demenz; bei der Epilepsie variirt die Dichtigkeit des Plasmas; letztere wächst mit dem Auftreten von epileptischen Anfällen. Bezüglich der weissen Blutkörper (Menge) fand Verf. trotz sorgsamer Nachforschung keine constanten Abweichungen gegenüber der Norm. — Die Urinuntersuchungen (an Männern vorgenommen, bei Ausschluss von *Bright*'scher Nierenerkrankung und Harnalkalescenz) ergaben: 1) Die Urinmenge ist am grössten bei Paralyse (über der Norm des Gesunden), am kleinsten bei secundärer Demenz; bei der Melancholie scheint dieselbe vermindert; 2) die festen Harnbestandtheile sind am reichlichsten bei Paralyse, am geringsten bei sec. Demenz; 3) Gesunde sondern nicht mehr Harnstoff ab, als Geisteskranke; 4) bei Paralyse, Epilepsie und Melancholie scheint der Harnstoff in ziemlich gleicher Quantität abgesondert zu werden, obwohl die Urinsecretion bei Dementen herabgesetzt ist; 5) die Acidität des Harns ist bei Geisteskranken erhöht, und zwar am meisten bei Paralyse, Epilepsie und Demenz; 6) Kreatinin steigt auf eine höhere Procentziffer bei Paralyse und bei Demenz als bei Gesunden; 7) Phosphorsäure scheint bei Epilepsie in geringem Grade erhöht zu sein. Bei 2 Epileptikern schien sich die Harnsäure nach den Anfällen etwas vermehrt zu zeigen, ebenso das Quantum der festen Harnbestandtheile nach einer Aufregung oder nach einem convulsiven Anfall. — Ueber das zeitliche Auftreten der Blutveränderung bei Geisteskrankheit nimmt Verf. an, dass es Fälle gibt, wo die erstere dem Entstehen der psychischen Hirnkrankheit voraufgeht, und andererseits solche, wo das organische Hirnleiden zuerst einsetzt, und die geistigen Krankheitssymptome aus der fehlenden Resistenz des kranken Gehirns gegen die deteriorirte Ernährungsflüssigkeit sich herausbilden.

Digitized by Google

***Popow, N. M.*, Traum und Irresein. 22 Seiten. — Oeffentliche Rede, gehalten am feierlichen Jahresacte der Kaiserlichen Warschauer Universität am 30. August 1890.**

Da der feierliche Actus auch zahlreich von Personen besucht wird, die nicht ausschliesslich der Gelehrtenwelt angehören, so sind derartige Reden immer mehr oder weniger populär gehalten.

In lebhaften und schwungvollen Worten zieht *Popow* eine Parallele zwischen dem Traum und dem Irresein und charakterisirt die Analogie, welche zwischen beiden besteht in Bezug auf das Empfinden, Gedächtniss, Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Vorstellungs-Associationen und das Handeln oder Wollen und entwickelt aus diesen die grosse Aehnlichkeit, welche zwischen Traum und Irresein besteht. *A. v. Rothe.*

***Butakow, J.*, Amnesie nach einem Versuche sich zu Erhängen. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII, H. 2.**

Am 22. Juni 1889 wurde der Gefangene N. S. in seiner Isolirzelle hängend gefunden, kurz zuvor hatte ihn der Oberwärter, nachdem S. vom Spaziergange gekommen, lesend am Tische sitzend gesehen. Vom Haken genommen erfolgte eine sehr tiefe Inspiration, obgleich S. ohne Puls, der ganze Körper aber kalt war. Durch lang fortgesetztes künstliches Athmen und Frottiren des Körpers wurde er zum Leben gebracht. Puls und Athmung wurden bald normal, er blieb aber ohne jede Bewegung und selbst der inducirte Strom rief keine Reaction hervor, vollkommene Anästhesie der Haut. Aetherinjectionen, reizende Clysmas, frische Luft; es erfolgte starke Stuhlentleerung; nach $1^1/_2$ Stunden Krämpfe, beginnend an den Augenlidern und Augapfel, dann im Gesicht, den Brustmuskeln und Extremitäten schliesslich des Nackens und Rückens. Diese clonischen und tonischen Krämpfe waren ausserordentlich heftig, hielten $2^1/_2$ Stunden an um langsam abzunehmen. Nach $6^1/_2$ Stunden kam er zum Bewusstsein und setzte sich mit Hilfe des Dieners im Bette auf. Weitere Aetherinjectionen und Clysmata, wiederholte Ausleerungen, gegen 3 Uhr des Nachts schlief er ruhig ein.

Am folgenden Tage Puls 90, Athembewegungen 12—15 in der Minute, Conjunctiva stark geröthet, unklares Bewusstsein.

Am 5. Tage nach dem Erhängungsversuche, nach einer gut verbrachten Nacht, klagte er das erste Mal über allgemeine Schwäche und Vergesslichkeit, für die ganze Zeit nach und die letzten beiden Tage vor dem Vorfalle, für diese sieben Tage hat er absolut keine Erinnerung.

Verfasser vergleicht seine Beobachtung mit ähnlichen in der Litteratur bekannten Fällen und kommt zu dem Schlusse, dass sich die epileptischen Erscheinungen durch die temporäre Hemmung der Blutcirculation im Gehirn erklären lassen, und es ist annehmbar, dass diese Hemmung der Blutbewegung im Gehirn, momentan als Folge der Athembewegung

Digitized by Google

und des Herzschlages auftritt, da ja wie bewusst die Athembewegung vor einem epileptischen Anfalle auch aussetzt. *A. v. Rothe.*

Schtscherhaka, A., **Ueber den Gehalt von Phosphorsäure im Blute der Art. temporalis und Vena jugularis bei Hunden während des Morphiumschlafes. Aus dem Laboratorium des Professor *Mierzejewski*. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII. H. 2.**

Die Untersuchungen wurden bei Hunden angestellt um zu bestimmen, ob die Depression der Gehirnthätigkeit während des Morphiumschlafes einen Einfluss auf den Phosphorgehalt des Blutes (abfliessenden) ausübt, um so der Frage über die Abhängigkeit des Phosphorumsatzes von solchen Bedingungen, welche die Functionen des Centralnervensystemes verändern, näher zu treten.

Die Art und Methode der Untersuchungen nicht näher berührend sei nur gesagt, dass *S.* das Blut in toto zu seinen Analysen benützte; als Controlversuche diente die Bestimmung des Gehaltes an Blutkörperchen im arteriellen und venösen Blute unter denselben Cautelen, wie bei der Gewinnung des Blutes zu den Hauptversuchen.

Die Quantität des Blutes zu jeder Analyse betrug 35 g.

Das Morphium wurde den Thieren subcutan beigebracht, im Verhältnisse von 0,012 zu 1 ℔ Körpergewicht des Versuchsthieres, worauf nach 30 bis 40 Minuten tiefer, fester Schlaf erfolgte.

Bei Berücksichtigung aller möglichen Bedingungen und Ursachen kommt *S.* zu dem Schlusse, dass während des Morphiumschlafes d. h. während einer tiefen Depression der Functionen des Gehirns, der Gehalt der Phosphorsäure im abfliessenden Blute sich vermindert, als eine Folge des veränderten Stoffwechsels im Gehirn. *A. v. Rothe.*

Peterson, Fred., **Klinische Studie über Paralysis agitans. — New-York medical journal. October.**

Die Untersuchungen des Verfassers bezwecken im Wesentlichen, die Daten und Krankheitserscheinungen der von ihm gesammelten Fälle mit einander zu vergleichen, und die Ergebnisse sind der Hauptsache nach statistisch. In zweien seiner Fälle erblickt *P.* ein Analogon zur Folie à deux, im ersten erkrankte der Bruder einige Jahre nach der Schwester, im zweiten der Ehemann nach der Frau. Heredität war sonst in keinem Falle nachzuweisen. Zwei Patienten erkrankten im unmittelbaren Anschluss an erlittene Strapazen während des berüchtigten „Blizzards" in New-York im Jahre 1888, in einem anderen Falle begann die Krankheit im linken Arm sogleich nach einem schweren Fall auf die linke Schulter; einen Fall führt *P.* auf Influenza, einen zweiten auf Rheumatismus zurück.

Weiter bespricht Verf. die Erscheinungen, Ursprung, Sitz und Frequenz des Zitterns, die Rigidität, Contracturen und den Muskelschwund,

Digitized by Google

das Verhalten des Ganges, der Reflexe, der Stimme und Sprache, die elektrische Reizbarkeit und die Störungen der Sensibilität. Tachycardie beobachtete er nur in einem Falle, Muskelunruhe in 7 Fällen. Psychische Störungen fand er ungewöhnlich selten, nur in je einem Falle Demenz und hallucinatorische Verwirrtheit, häufiger eine erklärliche Gemüthsdepression und Intelligenzstörungen, die als senil anzusehen waren. Zur Obduction kam keiner der 47 Fälle. Bei der Besprechung der Therapie lobt *P.* die Wirkung von Pillen aus Codein und Hyoscin. *Matusch.*

***Tarnowski, P.*, Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. — Paris 1889. Lecrosnier et Babé. 8°. 226 S.**

Die Messungen sind an 150 Prostituirten, 100 Diebinnen, 100 anständigen analphabetischen Bäuerinnen und 50 Damen angestellt. Folgende Schlussfolgerungen zieht Verf. daraus:

1. Die professionellen Prostituirten sind unvollkommene Wesen, welche, in ihrer Entwickelung gehemmt und erblich belastet, Zeichen physischer und psychischer, mit der mangelhaften Entwickelung zusammenhängender Entartung an sich tragen. 2. Die physischen Degenerationszeichen offenbaren sich bei den Prostituirten hauptsächlich durch Missbildungen des Schädels (41,33 pCt.) und des Gesichtes (42,66 pCt.), der Ohren (42 pCt.) und der Zähne (54 pCt.). 3. Die psychischen Anomalien äussern sich bald in einer mehr oder weniger ausgesprochenen Schwäche der Intelligenz, bald in einer neuropathischen Veranlagung, bald in einem Fehlen des Sittlichkeitsgefühles; dafür spricht unter anderem der Missbrauch der Geschlechtsfunctionen, der Reiz, welchen die Prostituirten in ihrem schändlichen Gewerbe finden, zu welchem sie gerne, nachdem sie von ihm befreit, zurückkehren. 4. Die Degenerationszeichen sind stärker ausgeprägt bei denjenigen Prostituirten und Diebinnen, deren Mutter sich dem Trunke ergeben hatte, ein Umstand, welcher die Ansicht von dem überwiegenden Einflusse der Mutter auf das Kind stützt. 5. Die Unfruchtbarkeit und das Erlöschen der Familie, wie sie so häufig bei den professionellen Prostituirten beobachtet worden sind, ist zum grossen Theil in ihrem abnormen Zustand begründet, welcher an Entartungszeichen so reich ist und die vorhandene Degeneration zu bestätigen scheint. 6. Die professionellen Prostituirten können schon des von ihnen ausgeübten Berufes halber nicht zu normalen Menschen gezählt werden und füllen die allzugrosse Lücke aus, welche die Criminalstatistik zu Gunsten der Frauen aufgestellt hat. 7. Die anthropometrischen Daten, die Untersuchungen über die Erblichkeit der Prostituirten und der Diebinnen, die bei ihrer Geburt waltenden Umstände, die Lebensumstände, das Studium ihres geistigen und sittlichen Niveaus beweisen einmüthig, dass diese Klasse von Weibern eine abnorme, degenerirte oder degenerirende ist. Sie sind das Product der untersten Schichten, der Hefe der Gesellschaft, das sich nach Maassgabe der Verbesserung der biologischen Entwickelung in einer cultivirten Gesellschaft

Digitized by Google

vermindert. Dieses Uebel kann nicht durch Strafen, sondern durch einen Angriff auf seinen Ursprung gehoben werden, man muss die Bedingungen, in welchen diese abnormen Weiber geboren werden und leben, verbessern, ihnen die Wege zu ehrlicher und lohnender Arbeit erweitern und ihnen zu Beschäftigungen und Gewerben Zugang verschaffen, welche bis jetzt vorwiegend von Männern ausgeübt wurden; auf diese Weise wird die Noth, diese schlimme, die Ausschweifung unterhaltende und das Laster nährende Lehrerin, gehoben werden.

Zahlreiche Tabellen und 20 Zeichnungen sind beigefügt. Die Ausstattung des Buches ist eine gute, der Preis ein mässiger (5 Fr.). *S.*

Chatelain, **Das Irresein. Plaudereien über die Geistesstörungen. In's Deutsche übertragen von Dr. *Otto Dornblüth*. — Neuchatel. Gebrüder Attinger. 1891.**

Die für ein grösseres Publicum geschriebene Schrift entwirft ein klares Bild von den Ursachen, Erscheinungsformen und Heilungsbedingungen der Geistesstörungen. Bei den immer noch bestehenden Vorurtheilen gegen Irrenanstalten, der verkehrten Ansicht von geistigen Erkrankungen, ist das Buch wohl geeignet aufklärend und segensreich zu wirken.

Die Uebersetzung ist eine gewandte, die Ausstattung des Buches eine vortreffliche. *S.*

Moreau, Paul, **Der Irrsinn im Kindesalter. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. *Demetris Galatti*. — Stuttgart. Ferdinand Enke. 1889. Preis 8 Mark.**

Die Lectüre des *Moreau*'schen Buches wird sicher jeden befriedigen. In recht übersichtlicher Weise mit vielen Beispielen illustrirt, bespricht Verf. die geistigen Störungen im Kindesalter.

Die Literatur ist im wesentlichen berücksichtigt, auffallend aber muss es erscheinen, dass dem Verf. ein Hauptwerk über das kindliche Irresein nicht bekannt zu sein scheint, nämlich das *Emminghaus*'sche Buch.

Die Ausstattung des Buches von *Moreau* ist eine vorzügliche.

S.

Tamburini, **Ueber motorische Hallucinationen. — Archiv. ital. etc. XXVII. H. 5.**

An der Beobachtung eines eigenen Falles, der die von *Séglas* (im Progrès médic. Aug. 1888) aufgestellte neue Kategorie von Hallucinationen — Hallucin. psychomot. verbale — weit reiner wiedergibt als die von *Séglas* seiner Theorie zu Grunde gelegten 2 Fälle, knüpft Verf. den Nachweis, dass es nicht blos Gesichts-, Gehörs- u. s. w., überhaupt sensorische, sondern auch rein motorische Hallucinationen gibt, die wie jene ihren Sitz in der Hirnrinde haben. — — Eine etwas beschränkte

Digitized by Google

23 Jahre alte Bauerfrau leidet seit einem Jahre an Melancholie. Ihre Schädelform ist kretinartig; Stirn niedrig, Nase platt; Pupillen von Zeit zu Zeit ungleich, Gesichtsmuskeln oscilliren; organische Functionen in Ordnung. Sie fühlt, dass sich, ohne vorher daran zu denken, in ihrem Munde gegen Alles und Jedermann Schmähworte bilden, die sie laut aussprechen müsse, die ihr nicht etwa von aussen, von Verfolgern ihr eingegeben werden, sondern aus einem innern, ihr unerklärlichen Uebel entspringen, was sie zur Verzweiflung treibe. Nachdem sie ruhiger geworden, bilden sich die Worte nur noch auf der Zunge, sogar nur auf der Zungenspitze, an denen sich Oscillationen zeigen, während die Lippen sich nicht bewegen. Sie vernimmt aber auch die Worte im Munde, wenn sie die Zunge gewaltsam ausstreckt und stillhält, oder wenn sie andere als die Schmähworte ausspricht.

Es handelt sich hier also um ein krankhaft verstärktes Bewegungsbild, — d. i. Hallucination — für das der Impuls direct vom motorischen Sprachcentrum, vom Fusse der dritten Stirnwindung ausgeht. — Aehnlich ist der Vorgang bei sonstigen nicht seltenen Zwangsbewegungen, auch bei den Kranken, die neben sensorischen Hallucinationen, zu Andern zu sprechen meinen, ohne ein Wort über die Lippen zu bringen, oder in Fällen, wo die Betreffenden Worte zu schreiben sich gezwungen fühlen, an die sie nie gedacht haben, die nicht im Sprachcentrum, sondern in dem Centrum für die Bewegungen des Schreibens, — in der zweiten Stirnwindung entstehen. *Fr.*

Marro, **Das Irresein der Frauen. — Annali di freniatr. Bd. II. H. 3.**

In einem theoretischen Theile schildert Verf. zunächst die Gründe, aus denen man die Inferiorität des Weibes gemuthmaasst, aber nicht bewiesen hat — der kleinere Wuchs, die geringere Körperkraft, die geringere Schädelcapacität, das geringere absolute und specifische Hirngewicht. *Schopenhauer* spricht dem Weibe geradezu Verstand und Wahrheitsliebe ab und gesteht ihm nur ein entwickelteres Mitleidsgefühl zu. — Geisteskrankheit ist beim weiblichen Geschlecht mindestens ebenso häufig wie beim männlichen. Die Bedingungen des Zustandekommens beruhen auf der typischen Verschiedenheit der Geschlechter. Organische Fehler des Gehirns kommen bei beiden in gleichem Maasse vor; unter den von Seiten anderer Organe reflectorisch auf das Hirn wirkenden Ursachen sind Menstruation, Schwangerschaft, Lactation und Menopause vorwiegend; verheirathete Frauen werden daher häufiger von Geistesstörungen betroffen, als ledige. — Die sociale Stellung der Frau bedingt neben der entwickelteren Gemüthsrichtung besondere Erscheinungen. Die geringere Muskelthätigkeit der Frau stimmt ihr Gehirn zu grösserer Reizbarkeit und Leidenschaftlichkeit. Die mütterliche Zärtlichkeit und Sorge um die Kinder ist gleichfalls eine Gefahr für die Erhaltung der Intelligenz. Andererseits ist die Gemüthstiefe der Mutter von wesentlichem Einfluss auf die Bildung der

Digitized by Google

Söhne — auch in physischer Beziehung. Beispiele von hervorragenden Söhnen ausgezeichneter Mütter werden angeführt. — Das Verbrecherthum ist im weiblichen Geschlecht weit weniger verbreitet, entwickelt sich zumeist im jugendlichen Alter und steht mit der Epilepsie häufig in Zusammenhang. — Die versprochene Fortsetzung des interessanten Artikels soll den praktischen Theil der Sache behandeln. *Fr.*

Rossi, Enrico, Der Werth des ***Westphal'***schen Reflexes und des Pupillenreflexes. — Il Manicomio Bd. VI H. 1 u. 2.

R. machte die Entdeckung, dass der Pupillarreflex in den meisten Fällen mit dem Patellarreflex coincidirt, wie auch letzterer mit andern Reflexen-Bauch-, Skrotal- u. a. m. zusammentreffen kann. Er hält daher die Bezeichnung als multipeln Reflex für berechtigt.

In sehr umsichtiger Weise werden die verschiedenen Beobachtungen und Meinungen über das Zustandekommen des Reflexes kritisch gesichtet, unter vorzugsweiser Berücksichtigung der deutschen Literatur. *Fr.*

Gesammelte Abhandlungen über Neuropathologie und Psychiatrie. Moskau 1890.

Dieses Sammelwerk, welches unstreitig eine Zierde der russischen Literatur ist, stellt einen Band, gross 8, von über 800 Seiten dar; es verdankt seinen Ursprung dem 25jährigen Doctorjubiläum, welches der Professor der Psychiatrie in Moskau, Dr. *Aleksiej Jakowlewitsch Kozewnikow* im Mai 1890 beging.

Das Werk enthält 19 Originalabhandlungen, überwiegend dem Gebiete der Neuropathologie angehörend, an demselben betheiligten sich 18 der früheren Schüler *Kozewnikow*'s, um auf diese sprechende Weise ihren Lehrer zu ehren.

Der Reihenfolge nach enthält es folgende Arbeiten:

1. *W. P. Serbakii.* Formen psychischer Störung, welche unter dem Namen der Katatonie beschrieben wurden, 188 Seiten.

2. *L. O. Darkschewitsch.* Paralysis nervi oculomotorii recidiva. 39 Seiten.

3. *A. Egorow.* Zur Kasuistik der Gliomatose des Rückenmarkes. 7 Seiten und eine Tafel.

4. *S. N. Kirilcew* und *A. G. Mamurowski.* Zur Lehre der acuten aufsteigenden Paralyse *Landrie*'s. 15 Seiten.

5. *A. A. Kornilow.* Arthropathia tabidorum und ihr Verhältniss zur Syphilis. 40 Seiten.

6. *S. S. Korsakow.* Zur Symptomatologie der polineuritischen Form der Psychosen nach Typhus. 23 Seiten.

7. *S. S. Korsakow* und *W. P. Serbaki.* Ein Fall von polineuritischer Psychose mit Autopsie. 25 Seiten.

8. *L. S. Minor.* Centrale Haematomyelie. 48 Seiten.

9. *A. J. Osereckowski.* Materialia zur Lehre der hysterischen Taubheit.

10. *W. A. Muratow.* Ein Fall acuter Polineuritis, mit Autopsie. 34 Seiten.

11. *P. A. Preobrazenski.* Poliomyelitis anterior acuta adultorum. 35 Seiten.

12. *M. A. Lunz* und *A. G. Mamurowski.* Ein Fall von acuter aufsteigender Alkoholparalyse. 15 Seiten.

13. *G. J. Rossolimo.* Ophthalmoplegia externa polyneuritica. 15 Seiten.

14. *W. K. Roth.* Zur Diagnose der Rückenmarkgliomatose. 91 Seiten.

15. *A. A. Tokarski.* Die Krankheit Merjatschenic (Jumping. Lalah). Eine Nachahmung von Worten, Geberden und Handlungen umgehender Personen und Erfüllung ihrer Befehle. 100 Seiten.

16. *S. N. Uspenski.* Paralysis progressiva auf alkoholischer Grundlage. 12 Seiten.

17. *N. N. Baschenow.* 4½ Jahre psychiatrischer Thätigkeit in einer Anstalt der Semstwo. 50 Seiten.

18. *W. K. Roth* und *W. A. Muratow.* Zur Pathologie des Grosshirns. 48 Seiten.

19. *N. F. Schatalow.* Zur Differentialdiagnose der toxischen Psychosen.

Ueber die psychiatrischen Abhandlungen siehe das Nähere in den einzelnen kurzen Referaten. *A. v. Rothe.*

Aetiologie.

***Straham*, Zunahme der Geistesstörungen und Neurosen. — Journ. of ment. sc. Juli.**

Verf. bespricht die statistische Zunahme des Irreseins und der damit zusammenhängenden Neurosen, die auch für ihn Thatsache ist. Er weist im Weiteren die ausserordentliche Wichtigkeit des erblichen Factors, den er sogar beim traumatischen Irresein annehmen möchte, für die Entstehung des Irreseins nach, und kommt schliesslich — als Hauptpunkt — auf die Prophylaxe dieser hereditären Ausbreitung zu sprechen. Verf. sieht die wichtigste Prophylaxe in der Beschränkung resp. in dem Verbot des Heirathens Seitens disponirter Persönlichkeiten; nöthigenfalls verlangt er staatliches, d. h. gesetzliches Einschreiten. Er stellt zu diesem Zwecke bestimmte Kategorien von Psychosen und Veranlagungen auf. Für alle Männer und Frauen, welche einmal geisteskrank waren und eine schlechte Ascendenz haben, sowie für rückfällige Kranke, und endlich für Trinker und Epileptiker verlangt er ein staatliches Heirathsverbot. Diese Leute hätten, wie Verf. meint, ebensowenig Recht frei zu schalten gegenüber der menschlichen Gesellschaft, als man den Blatterkranken gestattet, frei umher zu laufen. (Freilich; aber worin bestehen denn die sicheren Kriterien, die

Digitized by Google

doch vom Arzt, dem Gesetzgeber geliefert werden müssten? Sorge für die Gesellschaft und persönliche Freiheit stehen sich hier gleichberechtigt gegenüber. Diese wichtige und unerlässliche Vorfrage könnte nur durch eine genaue und genügend grosse Statistik aus den Anstalten aufgeklärt werden, wie dies Ref. vor Jahren bei Besprechung desselben Themas anregte.)

***Hyslop, Th. B.*, Sonnenstich und Irresein. — Journal of mental science. October.**

Verf. betont die mangelhafte Kenntniss der Beziehungen des Sonnenstichs zu Psychosen, die um so mehr zu bedauern ist, als nach seiner späteren Ausführung viele Fälle verkannt und mit Unrecht bestimmten Krankheiten z. B. der allgemeinen Paralyse zugerechnet werden. — Die Unterscheidung *Mosache* in Coup de soleil und Coup de chaleur acceptirt er, ohne jedoch einen durchgreifenden Unterschied anzuerkennen. Die übermässige Hitze wirkt nach ihm entweder durch Erschöpfung der nervösen Kraft (Synkope) oder durch Venisirung des Blutes. Namentlich für letztere macht er aber als wesentlich die Mitwirkung von körperlichen Zuständen geltend, speciell Ueberanstrengung, mangelhafte Secretion, unzweckmässige Lebensweise, Malaria, Syphilis und Alcoholismus. — Der Werth der Malaria und Syphilis ist hierin noch nicht klar, während dem Alkohol gewiss eine grosse Rolle zufällt, die aber von einigen doch überschätzt wird. Nach der Literatur und Verf.'s eigener, auf 55 Fällen beruhenden, Erfahrung ist Indien das Land, wo die Anfälle von Sonnenstich am häufigsten unter den Europäern vorkommen. Die Wirkungen desselben zeigen sich in Alterationen des Cerebrospinalsystems: motorische und sensible Lähmungen, Hyperdysästhesien u. a. (und *Fayrer* durch ein Ergriffensein des grossen vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata). — Für die Entwickelung von Psychosen sind von den 3 Formen der synkopischen, der asphyktischen und der hyperpyretischen besonders die letzten beiden wichtig; doch kann der temporäre Ernährungsdefect bei der Synkope in psychische Schwäche fürs Leben übergehen.

Idiotie und Geistesschwäche bei Kindern beruhen nach dem Verf. sicher zuweilen auf Sonnenstich, wofür er 5 sichere Fälle eigener Beobachtung beibringt. — Intercurrent finden sich beim Coma nach Sonnenstich Delirium, hallucinatorische Aufregung und Zustände, die der primären Demenz ähneln.

Epilepsie ist nach dem Verf. eine der häufigsten Folgen, die Psychosen, welche nach Sonnenstich entstehen, gleichen sehr den traumatischen, insofern der Sonnenstich gewissermaassen eine Prädisposition für Geisteskrankheiten schafft, welche, wie beim Trauma, oft erst nach Jahren zum Ausbruch kommt. — Ein sehr gewöhnliches Symptom nach einem Anfall ist Cephalalgie, die periodisch auftritt oder permanent und auf chronischer Meningitis beruht. — Nachdem der Verf. auf die Schwierigkeit der

Digitized by Google

Differentialdiagnose der Sonnenstichpsychosen und der allgemeinen Paralyse, Hirnsyphilis, alkoholischem Irresein u. a. hingewiesen, bringt er zahlreiche anatomische Befunde aus der Literatur und eigener Erfahrung, die sich auf Hirn, Rückenmark, Herz, Lungen, Vagi, Phrenici beziehen und je nach der Form der Erkrankung differiren, aber auch überhaupt zu wenig Constanz der Erscheinungen zeigen, als dass man von einer Pathologie des Sonnenstichs sprechen könnte.

Interessant ist auch, was der Verf. beiläufig über die Acclimatisation der Europäer in Indien sagt.

***Kiernan*, Die psychischen Symptome bei Phthisis. — The Al. a. Neur. Juli.**

Verf. sucht im Leben und in den Werken des Dichters Keats die psychopathologischen Zeichen, wie sie die Phthisis so oft begleiten, nachzuweisen: die Entschlusslosigkeit und Wandelbarkeit (im Endymion), das krankhafte Misstrauen (in seinen und Anderer Schilderungen), die Gemüthsreizbarkeit mit Aufregung (in der frivolen Satyre auf Georg IV.), sodann seine Zornmuthigkeit und angreifsbedürftige Kampflust wechselnde Stimmungen (Melancholie mit suiciden Neigungen, unsystematisirte Grössendelirien) dauerten bis zu Keats's Tode fort. — Auch in Brontë's Charakter werden die Züge wilder Aufregung und Heftigkeit als krankhaft-phthisische Geistessymptome namhaft gemacht. — Bezüglich der Bedeutung der körperlichen und der psychischen Symptome der Phthisis ist festzuhalten, dass die geistigen aus den körperlichen entstehen, und, wenn entstanden, letztere steigern, so dass beide in ihren schädigenden Wirkungen sich summiren. Verf. rühmt den günstigen Effect des Phenacetins bei phthisischem Irresein.

***Pulawski, A.*, Ein Fall von vorübergehender Psychose im Verlauf eines Anthrax der Nackengegend. — Internat. klin. Rundschau No. 11.**

Bei einem 62jährigen, körperlich sehr heruntergekommenen Manne mit hochgradiger Arteriosklerose, die bereits einen leichten apoplectischen Insult verursacht, trat nach einem operativ behandelten Anthrax im Gefolge der nach demselben zurückbleibenden körperlichen Erschöpfung eine Psychose mit dem Charakter der acuten Demenz ein. Nach ca. 2monatlicher Dauer trat nach roborirender Behandlung mit Hebung des körperlichen Ernährungszustandes Besserung und schliesslich vollständige Heilung der Psychose ein. Im Gegensatze zum Verfasser, der in diesem Falle den Anthrax als Infectionskrankheit für die Ursache der Psychose hält, möchten wir dieselbe für eine Begleiterscheinung der nach demselben vorhandenen Inanition halten.

Digitized by Google

***Ladame*, Psychosen nach Influenza. — Ann. méd. psych. Juli.**

Eine zusammenfallende Studie über die bis jetzt nach Influenza beobachteten Psychosen, wobei vorzugsweise auf die Arbeit von *Kraepelin* über den vorliegenden Gegenstand Rücksicht genommen ist, sowohl nach kasuistischer Seite, als hinsichtlich der klinischen Würdigung. Eine kurze Betrachtung der Nona, als einer asthenischen Psychose, welche zu Lethargie und Coma führt, ist angeschlossen. Prognostisch sind die reinen Erschöpfungspsychosen als gut zu bezeichnen, als minder gut diejenigen, bei denen die Influenza blos accidentelle Ursache war. Therapeutisch empfiehlt Verf. nach seinen Erfahrungen eine roborirende Diät, daneben gegen die nervöse Unruhe und Schlaflosigkeit eine milde Hydrotherapie, Bromkali, Sulfonal, ev. auch Hyoscin.

***Müller, Friedrich*, Ueber cerebrale Störungen nach Influenza. — Berliner klin. Wochenschr. No. 37.**

M. theilt, nach kurzer Erwähnung zweier Fälle von Melancholia simplex nach Influenza, die Krankheitsgeschichte eines 50jährigen Goldarbeiters mit, welcher nach Ablauf der Influenzerkrankung in den Zustand schwerer körperlicher Erschöpfung verfiel. Nach mehrwöchentlichem Bestehen desselben trat dann zunehmende geistige Benommenheit und vollständiger Sopor ein, aus welchem der Kranke nur durch äussere Reize für Augenblicke erweckt werden konnte. Somatisch war Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, Nacken- und Rückensteifigkeit, kleiner arythmischer Puls nachweisbar; die Hautreflexe waren vermindert, die Sehnenreflexe fehlten vollständig. Nach 14tägiger Dauer trat eine langsame Besserung ein. Die Schlummersucht verlor sich wie auch die Benommenheit des Sensoriums. Jedoch bestand völlige Amnesie über alle Vorgänge während des Sopors. Die Sehnenreflexe kehrten in normaler Stärke wieder.

M. schliesst auf eine Meningitis cerebrospinalis ähnlich der secundären Meningitis nach andern Infectionskrankheiten.

***D'Abundo*, Influenza und Geistesstörung. — Il Manic. VI. 1 u. 2.**

Im Januar 1890 (15—23) entwickelte sich in der psychiatrischen Universitätsklinik zu Pisa eine Influenza-Epidemie, die der Verf. in mehr oder minder ausführlichen Krankengeschichten unter Beifügung von 3 Autopsien mit den entsprechenden mikroskopischen Untersuchungen beschreibt. Er unterscheidet zwischen den Fällen, wo Geisteskrankheit schon bestand und solchen, wo sie gleichzeitig oder infolge von Influenza ausbrach. Günstigen Einfluss auf den Verlauf der Geistesstörung scheint die Krankheit nicht gehabt zu haben, höchstens eine vorübergehende Besserung. Die behauptete Immunität der Geisteskranken für Infectionskrankheiten ist nach Verf. wenigstens für Influenza nicht erfindlich, da im Verhältniss zu der Aussenwelt die Zahl der Erkrankten fast beträchtlich zu sein scheint.

Digitized by Google

Nur die decrepiden Geisteskranken seien weniger empfänglich als die robusten. Die Suche nach dem Bacillus influentiae war erfolglos. *Fr.*

Peyer, Alexander, **Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlechte. Eine Studie aus der Praxis. — Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1890. Preis 1,60 Mark.**

Verf. weist an der Hand mehrerer Krankengeschichten nach, wie in Folge des unvollständigen Beischlafs nicht allein Spermatorrhoe und Impotenz sondern auch eine Fülle nervöser Krankheitserscheinungen bis zu Neurasthenie und Melancholie auftreten. Er bespricht dann noch Prognose, Verlauf und Behandlung. — Das Schriftchen gibt ein recht anschauliches Bild der Gefahren und Folgen des unvollständigen Beischlafes. *S.*

Therapie.

Ewart, Th., **Zwei- und Dreiradfahren für Geisteskranke. — Journ. of m. sc. Juli.**

Begeisterte Empfehlung des Zwei- und Dreirads als körperliches und geistiges Uebungs- resp. Heilmittel für Asylbewohner, mit psycho-physiologischer Begründung dieser neuen Sports-Therapie und practischen Indicationen; nebst poetischem Schlusswort.

Neisser, Clemens, **Die Bettbehandlung der Irren. — Berliner klin. Wochenschr. No. 38.**

Verf. tritt neuerdings für möglichst ausgedehnte Anwendung der Bettbehandlung nicht nur der Erschöpfungszustände sondern aller frisch Erkrankten und Aufgeregten ein. „Jeder maniakalisch Erregte gehört ins Bett!“ Neben den übrigen Vortheilen der Bettruhe erwähnt er die psychische Einwirkung auf den Kranken, für den „die Anordnung der Bettlage das wirksamste Mittel, ihn wenigstens die Ueberzeugung des Arztes von seinem Kranksein eindringlich vor Augen zu führen“ sein soll; ferner die „unvergleichliche Herabminderung der Gewaltthätigkeit“, vor Allem aber, dass „das schädliche und grausame (!) Auskunftsmittel der Isolirung durch die Bettbehandlung in weitem Umfange entbehrlich gemacht wird“. Für die practische Durchführbarkeit der Bettlage sprechen dem Verfasser die Resultate in Leubus (Zahl der Isolirten nur 1 pCt. vom Gesammtbestand). Als wichtigstes Unterstützungsmittel der Bettbehandlung gilt ihm die Hydrotherapie in der Form von Einwicklungen von Vollbädern. Die therapeutischen Erfolge fasst Verf. dahin zusammen, dass alle Erregungszustände wesentlich milder verlaufen, in vielen Fällen überhaupt die Bettruhe, im ersten Beginn angewendet, coupirend wirke.

Digitized by Google

Hebold, **Bettbehandlung und Zelle. Vortrag, gehalten im psychiatrischen Verein zu Berlin am 15. Dec. 1890. — Diese Zeitschr. Bd. XLVII. 5.**

Ventra e Fronda, **Die subcutanen Injectionen mit Testikelsaft der Säugethiere in der Behandlung der Geistesstörungen. — Il Manicomio Bd. VI H. 1 u. 2.**

Die vielversprechenden Versuche *Brown-Sequard*'s an seiner eigenen Person, wonach durch die subcutane Injection von Testikelsaft der Säugethiere die psychischen und körperlichen Zeichen der Decrepidität bei dem 70jährigen wenigstens auf 4 Wochen lang behoben wurden, haben die Verfasser zu Versuchen an einer Reihe von torpiden Dementen und stuporöser Melancholischer veranlasst.

Leider ist der erhoffte Erfolg, trotz aller vorschriftsmässigen Sorgfalt bei Anstellung der Versuche, bei denen Temperatur, Puls und Respiration genau controlirt wurden, ausgeblieben. Nur in einem einzigen Falle von stuporöser Melancholie, wobei indess die Furcht vor der Wiederholung der schmerzhaften Operation und die Autosuggestion mehr als der injicirte Testikelsaft gewirkt haben mag, wurde eine dauernde Belebung und Heilung herbeigeführt. — Einige unreinliche Dementen besserten sich auf kurze Zeit. *Fr.*

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Schnopfhagen, F., **Die Entstehung der Windungen des Grosshirns. — Jahrbücher f. Psychiatrie Bd. IX H. 3.**

Nachdem Verf. die Fasern der Stabkranzstrahlung und Balkenstrahlung nach ihrem anatomischen Verhalten, Verlauf und Verhältniss zur Grosshirn-Oberfläche im Speciellen beleuchtet, kommt er zu folgenden allgemeinen Schlusssätzen:

Die wachsenden Projectionsfasern heben das von ihnen bestrahlte Rindengebiet in jener zu den Ganglien radiären Richtung empor, in welcher sie von diesen ausstrahlen, und bilden so jene wulstigen Rindenzüge, welche man als Windungen bezeichnet: die wachsenden Projectionsfasern bezeichnen, abgesehen von der ihnen zukommenden grossen Länge, umsomehr die Streifen grösster Wachsthumsenergie des Hirnmantels, als sie nur einseitig und zwar gegen die Rinde hin sich verlängern können, unter Emporwölbung derselben, während in der Richtung zu den Ganglien hin eine Verlängerung nicht gut denkbar ist. Den Projectionsfasern kommen bei der Emporwölbung der Windungen die Balkenfasern zu Hülfe,

Digitized by Google

welche die gleichen Rindengebiete mit ihnen bestrahlen und von einer ideellen, sagittal verlaufenden Halbirungslinie des Balkens weg gleichmässig nach beiden Seiten hin sich verlängern. Die Furchen entstehen längs der Linien geringster Wachsthumsenergie, das ist dort, wo die Halbirungspunkte der unilateralen Associationsfasern sich zu Linien aneinanderreihen. Das ausgedehnte Gebiet der Furchenwandungen gewährt den verschieden langen Associationsfasern genügenden Spielraum für die Bethätigung ihrer Beihülfe am Aufbau der Windungen.

Keraval, P., **Ueber die Hirnrindenfasern in den verschiedenen Formen von Demenz. — Le progrès médical. No. 29.**

K. kommt an der Hand seiner Untersuchung von 8 Paralytiker-Gehirnen und 3 Gehirnen anderweit dementer zu dem Resultate, dass in der letzten Periode der Paralyse die markhaltigen Nervenfasern in der Regel schwinden. Auch in zwei der drei anderen Fälle fand sich ein Schwund derselben. Der Schwund derselben ist am stärksten und vollkommensten im Stirnlappen, und zwar im Gyrus rectus. Es kann der Faserschwund vorhanden sein, ohne dass sich Veränderungen an den Hirnhäuten finden.

Rozie, James, **Ein Fall von Hämorrhagie in der Brücke. — Journal of mental science. Juli.**

Bei einer 25jährigen Person, die seit 4½ Jahre blödsinnig war, traten in kurzen Zwischenräumen zwei Anfälle von Collaps ein, die jedesmal dadurch ausgezeichnet waren, dass die Respiration vollständig aufhörte, während der Puls wenn auch schwach zu fühlen war. Bei der Section fand sich ein frisches Blutcoagulum auf der rechten Hälfte der Brücke, welches sich an der rechten Hälfte des Rückenmarks entlang und nach den Enden der Sylvi'schen Grube hin fortsetzte.

Rozie, **Ein Fall von Hirntumor. — Ebendaselbst.**

Bei einer erblich stark belasteten Frau, die vor etwa 2 Jahren mit unstätem Wesen und zunehmender geistiger Schwäche erkrankt war, stellten sich zunächst die Zeichen allgemeiner Paralyse ein, denen bald unregelmässig wiederkehrende starke Schwindelanfälle ohne Bewusstseinsverlust und ohne Convulsionen sich hinzugesellten. Bei der Section fand sich ein kugeliger Tumor zwischen der rechten Hälfte des Tentorium, dem Rande des Felsenbeins und dem rechten Kleinhirnlappen. Die Geschwulst erwies sich mikroskopisch als Spindelzellen-Sarcom (Fibro-Cystik).

Conolly Norman, **Ein Fall von intracraniellem Tumor. — Ebendaselbst.**

Bei einem Geisteskranken, der als epileptisch und blind der Anstalt übergeben war und nach kurzem Aufenthalte daselbst an Dysenterie starb,

Digitized by Google

fand sich in der Spitze des rechten Lobus temporo-sphenoidalis ein Tumor von unregelmässiger Oberfläche. Mikroskopisch bestand der Tumor aus Spindelzellen und vielen in ihren Wandungen stark verdickten Gefässen, ähnlich denen bei Endarteriitis obliterans. Ausserdem fanden sich zahlreiche Körper von kreisförmiger Gestalt, mit eigenthümlich concentrischer Schichtung und eigenthümlich gelatinösem Ansehen. Verf. zählt die Geschwulst zu den „Endotheliomen".

***Nonne, M.*, Ueber eine eigenthümliche familiäre Erkrankungsform des Centralnervensystems. — Archiv für Psychiatr. Bd. XXII Heft 2.**

N. hatte Gelegenheit die Leiche eines von 3 Brüdern zu seciren, die an ganz gleichen oder ähnlichen Symptomen von Erkrankung des Centralnervensystems litten. Ein Unterschied bestand nur in dem Alter bei Beginn der Erkrankung, indem zwei der Brüder im Pubertätsalter, der dritte dagegen erst im Alter von etwa 28 Jahren nach einem erlittenen Schiffbruche die ersten Symptome zeigte. Die beobachteten Symptome bestanden 1) in einer Veränderung der Sprache — dieselbe ist nasal, etwas explosiv, überlaut und erfolgt unter Mitbetheiligung anderer mimischer Muskeln — 2) in einer übertriebenen und regellosen Mimik, 3) in atactischem Nystagmus der Augenmuskeln, 4) in einer Herabsetzung der Intelligenz, 5) in einer Atrophie der Sehnerven, 6) in Anomalien der Locomotion wie Schwanken beim Stehen und Gehen, 7) in atactischen Coordinationsstörungen beim Gebrauch der oberen Extremitäten.

Bei der Section zeigte sich sowohl Schädel als auch Grosshirn und Kleinhirn auffallend klein, nicht minder das Rückenmark. Dabei fand sich kein Umstand, der dafür gesprochen hätte, dass diese Kleinheit des Centralnervensystems die Folge eines entzündlichen Processes sei.

Auch die mikroskopische Untersuchung des Grosshirns und Kleinhirns ergab keine besonderen Abnormitäten; wohl aber traten in den vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln sowie in einzelnen Stämmen der peripheren Nerven die sogenannten feinen Fasern abnorm zahlreich auf Kosten der dicken Fasern auf.

N. glaubt aus seinen Fällen den Satz aufstellen zu können, es gebe eine angeborene, auf familiärer Anlage beruhende Kleinheit des Centralnervensystems bei normalen histologischen Verhältnissen, deren klinische Symptome denen der Atrophie des Kleinhirns am nächsten kommen würden.

***Buchholz*, Beitrag zur Kenntniss der Hirngliome. — Archiv f. Psychiatrie Bd. XXII H. 2.**

B. fand in einem diffusen Gliosarcom der vorderen Hälfte beider Hirnhemisphären zwei scharf getrennte Formen von Zellen, nämlich 1) runde

Digitized by Google

resp. leicht eckige, ziemlich grosse Zellen ohne Ausläufer mit theilweise stark körnigem blassem Protoplasma und wenig scharf umgrenztem Kerne, 2) Zellen mit excentrisch gelagertem Kern, kleinem Protoplasmaleib und einer Reihe bald derberer, bald feinerer Fortsätze, welche zu einem Gefässe hinzogen und an dessen Adventitia mit bald breiterer, bald schmälerer dreieckiger Basis aufsassen. Die Gefässe waren auf dem Wege der Sprossenbildung stark vermehrt. Die erstgenannten runden Zellen fanden sich vorzugsweise in den Tumormassen, welche den unteren Theil des rechten Stirnhirns einnmahmen und makroskopisch in ihrem Aussehen von der normalen Hirnsubstanz am meisten abwichen; dieselben lagen dort regelmässig in grossen Nestern beisammen und waren in ein Netz von feinen Gefässen, grösstentheils Capillaren eingelagert. Die Gefässe in den Geschwulstparthien, welche vorzugsweise aus fortsatztragenden Zellen, Spinnenzellen, bestanden, zeigte sich die Adventitia aus einer Reihe concentrisch geschichteter Bindegewebslamellen mit mässig zahlreichen Kernen zusammengesetzt, zwischen welchen eine zuweilen grosse Menge von rundzelligen Elementen eingelagert war. In den Zellennestern waren die nervösen Gebilde vollkommen zu Grunde gegangen; in den aus Spinnenzellen zusammengesetzten Geschwulstpartien bildeten sie noch ein ziemlich dichtes Netzwerk. Eine bestimmte Abgrenzung der Geschwulst gegen das normale Gewebe konnte weder makroskopisch noch mikrospisch gefunden werden.

Werdnig, G., **Zwei frühinfantile hereditäre Fälle von progressiver Muskelatrophie unter dem Bilde der Dystrophie, aber auf neurotischer Grundlage. — Archiv f. Psych. ebendaselbst.**

W. fand in einem der beschriebenen Fälle, welcher zur Section kam, eine symmetrische Systemerkrankung des Rückenmarks betreffend die grauen Vordersäulen unter wechselnder geringer Betheiligung der Vorderseitenstränge, Degeneration der vorderen Wurzeln und einfache Atrophie der untersuchten Muskelsubstanz.

Popoff, **Ueber die Veränderungen der Nervenelemente des Centralnervensystems bei der Hundswuth. — *Virchow*'s Archiv Bd. 122 Heft 1.**

Eingehende Beschreibung des mikroskopischen Befundes im Gehirn und Rückenmark eines an Lyssa Gestorbenen. Genaue Berücksichtigung der Literatur, Controverse gegen die Ansichten anderer Autoren. *S.*

Keller, Eduard, **Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Idiotie. — Dissertat. Berlin. 1890.**

Sehr ausführliche und genaue Beschreibung eines Falles von Idiotie, besonders der makroskopischen und mikroskopischen Verhältnisse des Ge-

Digitized by Google

hirnes. Das Gehirn wog nur 970 g und war besonders in den Stirnlappen an Umfang verringert. In der Rinde fand sich ausgedehnte Verdichtung der Neuroglia, überall besonders an der Grenze zwischen weisser und grauer Substanz. Ferner eine weit verbreitete Atrophie der Ganglienzellen und ein erheblicher Mangel an Nervenfasern. Die Verdichtung der Neuroglia führt Verf. auf einen Reizprocess zurück, der das Gehirn im Wachsthum hemmte und der bereits im 10. Mondsmonat des Fötallebens eingesetzt habe. *S.*

Morselli, Enrico, Ueber Anomalien des Occiput bei Geisteskranken. — Riv. di Freniatr. Bd. XVI H. 3.

Anomalien des Occiput sind bei Irren sehr häufig und bei ihnen, wie bei Verbrechern entschieden pathologische Erscheinungen, gleichviel ob man atavistische oder atypische Degeneration darin erkennt. Unter seinen 200 Schädeln fand *M.* 43, die mit der einen oder andern Anomalie behaftet waren, und zwar mit:

Asymmetrie der beiden Condylen	in	5 Fällen	(2,5 pCt.)
Verschmelzung des Atlas u. Occiput	„	3 „	(1,5 „)
3 wirklichen Condylen	„	3 „	(1,5 „)
Verkümmerten Condylen	„	6 „	(3,0 „)
Persistir. Basiaticum *(Albrecht)*	„	1 „	(0,5 „)
Foveola pharyngea *(Gruber)*	„	6 „	(3,0 „)
Mittlere Hinterhauptsgrube	„	28 „	(14,0 „)

Fr.

Verga, G. B., Die pathologische Anatomie der Pellagra. — Arch. ital. p. l. mal. nerv. ecc. A°. XXII. Heft 6.

Alle Befunde — abgesehen von den makroskopischen in Herz, Leber, Nieren, Gross- und Kleinhirn — weisen auf Läsionen im Rückenmark hin, wie zuerst *Benvenisti* 1862 durch das Mikroscop es nachgewiesen hat. Am häufigsten besteht Erweichung der Dorso-Lumbargegend in ihrem ganzen Umfange. *Tonnini* (1883) fand unter seinen 100 Pellagraleichen nur 1 mal Degeneration der Hinterstränge der Lumbalgegend, *Tuczek* (1887) unter seinen 8 Fällen in 2 bloss die Hinterstränge, in den 6 andern zugleich die Seitenstränge lädirt (Verga). *Belmondo*'s gründlichste Arbeit (20 Autopsieen) weist Degeneration der Seiten- und Hinterstränge nebst Alteration der grauen Substanz, dergl. chronische Leptomeningitis und öftere Arachnitis ossificans nach — in Folge von Mikroorganismen, Lombroso in Folge von Mais. Verf. neigt zu letzterer Ansicht. *Fr.*

Roth, W. K. u. ***Muratow, W. A.,*** Zur Pathologie des Grosshirns. — Gesammelte Abhandl. Moskau 1890.

Die Verfasser geben zwei Krankengeschichten und zwar einen Fall von Aphasie mit pathologischen Veränderungen der rechten Hirnhemisphäre

Digitized by Google

und besonders des 3. Girus frontalis und der Insula Reili, bei intactem Zustande der linken Hemisphäre und Atrophie der Schleife.

Im zweiten Fall zeigte die Section eine Neubildung, welche $^3/_4$ der rechten Centralwindung einnahm, doch die Fissura foss. Sylvii nicht erreichte, von grauer Farbe höckrig, leicht mit der Dura verwachsen, 6 bis 6,5 cm von diagonalem Durchmesser (Gliosarcom). In beiden Fällen bestand Atrophie der Muskeln der ganzen linken Körperhälfte. Im Rückenmark keine Veränderung.

Bei Gehirnleiden kann also Muskelatrophie bestehen ohne jede Veränderung der Spinalganglien und des Rückenmarkes. Die halbseitige Lähmung kann also von einer unzulänglichen Zufuhr arteriellen Blutes abhängen, bedingt durch Verengerung des Gefässlumens, in Folge primärer Hypertaxie der Vasoconstrictoren der gelähmten Seite. *A. v. Rothe.*

Bucelski, S., Ueber Veränderungen in den Nervenzellen bei der Paralysis progressiva. — Polnisch. Gazeta Lekarska No. 35. 36.

Die Gehirne von 12, an Paralysis prog. Verstorbener, deren Krankheit von $^1/_2$ bis 7 Jahre gedauert, wurden sowohl, was die Rinde wie auch die tiefer gelegenen Ganglien anbetrifft, auf das genaueste untersucht. Die Schnitte wurden nach der *Gaule*'schen Methode gefärbt, bei Untersuchung der perivasculären Räume und des Protoplasmas benützte er die Carminfärbung.

Die perivasculären Räume wurden nur ganz ausnahmsweise erweitert gefunden. Die Zahl der Nervenzellen in der Rinde, unbedingt vermindert, eine ständige Erscheinung ist die geringere oder grössere Anhäufung von Pigmentkernen im Protoplasma gewöhnlich an einem der Zellenpole; selten nur füllt dieses fein- oder grobkernige braungelbe Pigment die ganze Zelle, so dass Zellenkern und Kernkörperchen gar nicht oder nur schwer zu sehen sind. Ganz pigmentlose Zellen wurden nur ausnahmsweise gefunden.

Gewöhnlich behalten die Zellen ihre deutliche, runde Gestalt, färben sich gut mit Carmin, besitzen aber nur wenige, und zwar kürzere Fortsätze als im normalen Gehirn. Selten nur waren die Zellenconturen verwischt, ihrer Fortsätze ganz beraubt, oder anstatt der Zelle, der Zellenkern umgeben von einer Gruppe Körnchen mit geringen Pigmentmengen. Vacuolenbildung im Protoplasma der Zelle wurde in wenigen Fällen beobachtet.

Die Veränderung der Zellenkerne ist bei der *Gaule*'schen Färbung eine sehr hervortretende, in mehr oder weniger ausgesprochener Weise, oft aber so bedeutend, dass nur eine unförmliche Körnchengruppe um den Kernkörper auf das Vorhandensein des Kernes schliessen lässt. Oft auch sind die Zellenkerne vergrössert, nehmen fast das ganze Protoplasma ein, ja überschreiten die Ränder desselben. Ihre Gestalt ist grösstentheils länglich, selten kugelförmig. Der Inhalt besteht aus feinen Körnchen, diese

Digitized by Google

Veränderung findet man überwiegend nur in kleinen Zellen. Die Grösse dieser Zellenkerne erreichte nicht selten 16 μ.

Auch das Kernkörperchen unterliegt in manchen Fällen einer Veränderung, ist ausserordentlich klein und anstatt rund, dreieckig oder sternförmig. Hin und wieder erreichten sie aber, und besonders in kleinen Zellen eine Grösse von 3—4 μ Durchmesser. In einzelnen Zellen, besonders kleinen, waren Kern und Kernkörperchen bei der Anwendung der *Gaule*'schen Methode gleichmässig roth gefärbt.

Das Endresultat der Veränderung der Zellenkerne, ist ihr Schwund, ihr Zerfall, welcher nicht parallel mit den Veränderungen des Protoplasmas geht. Vergleichen wir nur Zellenkerne, welche einen verschiedenen Grad der Veränderung zeigen, so ist es nicht schwer die Phasen nachzuweisen, welche der Kern, ehe er ganz verschwindet, durchlaufen muss.

Was die veränderte Färbung des Kernes anbelangt, so hängt diese Erscheinung wahrscheinlich von einer physisch-chemischen Veränderung der chromatischen Substanz ab, aus welcher der Zellenkern zusammengesetzt ist.

Wie bewusst besitzen die Zellenkerne für verschiedene Farbstoffe nicht gleiche Verwandtschaft, beobachtet wurde dies von *Lukianow*, *Koziaski*, und besonders *Korybutt-Daschkiewitsch* und *Hodge*, die letzten beiden glauben, dass ein gereizter Nervenkern sich stärker färbt, als ein sich in Ruhe befindender, das Protoplasma gereizter Zellen färbt sich geringer, als bei nichtgereizten. Die Reizung (elektrische) der Zelle, bringt also eine moleculäre Veränderung hervor, welche sich durch veränderte chemische Verwandtschaft, zu den Farbstoffen charakterisirt. Da *Bucelski* in allen seinen untersuchten Fällen dieselbe Veränderung fand, in dreien aber ganz ausserordentlich hervortretend in den kleinen Zellen der Rinde und einmal in den Streifenhügel, so glaubt er gestützt auf die Krankengeschichten eine solche Reizursache in den apoplectiformen Anfällen (Blutüberfüllung) gefunden zu haben, da alle, bei welchen diese Erscheinung deutlich hervortrat, kurz vor dem Tode solchen Anfällen unterworfen waren, dass also diese Anfälle einen Einfluss nicht nur auf den mikrochemischen Bau, sondern auch auf die morphologischen Eigenschaften des Zellenkernes ausüben.

Der pathologische Process erfasst unmittelbar und selbständig die Nervenzellen, und zwar nicht nur in veralteten, sondern auch in ganz frischen Fällen. Die pathologischen Veränderungen hatten in den untersuchten Hirntheilen ein und denselben Charakter, doch war der Grad ein sehr verschiedener, aber nicht nur die Rinde auch die Ganglien betheiligen sich eben so stark; in 8 von 12 untersuchten Gehirnen waren die Sehhügel viel mehr als alle übrigen Gehirntheile von diesem Processe heimgesucht, in den Streifenhügeln trat diese Veränderung nur einmal eclatant hervor.

Diese Veränderungen der Ganglien und besonders der Sehhügel treten nicht nur in veralteten (*Tschisch*) Fällen auf, sondern eben so in ganz

Digitized by Google

frischen Fällen, in einem Falle z. B. nach ½ Jahre des Bestehens der Krankheit. *A. v. Rothe.*

Awtokratow, **Zur Frage der Kleinhirntumoren. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII. H. 2.**

F. Welikanow, Unterofficier, 25 Jahre alt, wurde am 19. Mai 1880 im Militärhospital aufgenommen, gibt an, dass er aus gesunder Familie stammt, selbst nie krank gewesen, leidet seit 2 Monaten an Kopfschmerz und Schwindel mit Ohrensausen, später Gehörsempfindungen des Miauens einer Katze, Ohnmachtsanfälle mit Zuckungen in der linken Hand und Fuss; seit 6 Wochen eine sich steigernde Schwäche des Gesichts. Die Krankenuntersuchung ergab Körper regelrecht gebaut, gut genährt, sitzend hält er den Kopf ruhig, jede Bewegung verursacht Schwindel und schlechteres Sehen. Rechte Pupille grösser als links, Lichtreflexe und Accomodation stark vermindert, besonders rechts, Erweiterung der Venen und Bluterguss im Innern der Pupillen, besonders rechts. Gesichtsschärfe rechts 0,2, links 0,5. Mit dem linken Auge allein sieht er besser als mit dem rechten. Zunge weicht leicht nach links, fibrilläre Zuckungen. Linke Nasolabialfalte weniger deutlich als rechts. Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten normal, ebenso die Muskelkraft. Stehend spreizt er die Füsse weit auseinander, darauf folgt Zittern der Füsse und Schwanken des ganzen Körpers von einer Seite nach der anderen, selbst bei offenen Augen. Der Gang schwach und mit grösserer Neigung nach rechts, Schwindel. Beim Wechsel der Körperlage aus der liegenden in die sitzende oder stehende, heftiger Stirnschmerz in den Schläfen und in der Hinterhauptsgegend, das Gefühl vergleicht er mit Hammerschlägen. Bei ruhiger Lage schwindet dieser Schmerz. Sehnen- und Muskelreflexe normal, Hautempfindung gesteigert, Tastempfindung normal, ebenso Temperatur und Puls.

Während der Krankheit blieben diese Erscheinungen ohne Veränderung, nur gesellten sich Uebelkeit, Erbrechen, Schlaflosigkeit und epileptische Anfälle noch hinzu. Der Tod erfolgte plötzlich, 6 Wochen nach der Aufnahme, als der Kranke früh aufgewacht war und sich eine Cigarrette anrauchen wollte.

Die Section ergab: Hyperämie der Hirnhäute, Hydrops beider Seitenventrikel; Tuberculum solitarium von der Grösse einer Wallnuss, welches den ganzen Wurm einnahm. Disseminirte Tuberculose beider Lungenspitzen und Tuberculose der Milz. *A. v. Rothe.*

Kuznetcow, K., **Ein Fall von Geschwulst des Tentorium cerebelli. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII H. 2.**

Da die Symptomatologie des Kleinhirns noch immer eine ungenügende, führt *K.* eine Beobachtung aus der Irrenanstalt Allerleidtragenden bei Petersburg an.

Digitized by Google

Am 12. Januar 1883 wurde der 65jährige Patient der Anstalt übergeben, Anamnese ganz ungenügend. Das Krankenexamen gab folgendes: Ausser Schwachsinn keine besondere Krankheitserscheinung mit Ausnahme der Bewegungssphäre. Beim Stehen bemerkt man ein bedeutendes Schwanken, selbst bei offenen Augen, von vorn nach rückwärts und umgekehrt, mit Betheiligung des ganzen Oberkörpers, um zu stehen, werden die Füsse weit auseinandergespreizt, sind die Fersen dicht an einander gestellt, so wird das Schwanken stärker. Das Stehen auf einem Fusse ist selbst während kurzer Zeit ganz unmöglich. Dieselben Erscheinungen beim Gehen. In liegender Lage führt Patient alle Bewegungen, wenn auch langsam, richtig aus und gibt die Lage genau an. Die Bewegungen der oberen Extremitäten sind langsam und schlaff, aber regelrecht, die Muskelkraft beider Hände fast gleich, Gesicht und Gehör normal.

Vollkommene Amnesie für Erlebnisse der letzten Zeit. Hallucinationen und Wahnideen wurden nicht beobachtet. Patient klagt über heftigen Kopfschmerz und Schwindel; der Schmerz localisirt sich in den Schläfen und Hinterhauptsgegend, besonders heftig aber tritt er auf, wenn Patient die liegende oder sitzende Stellung mit der stehenden vertauscht. Einige Mal wurde leichtes Erbrechen beobachtet. Appetit und Verdauung gut.

Zu Anfang des Jahres 1888 wurde eine bedeutende Abmagerung beobachtet, in der Mitte desselben Jahres eine sichtbare Vergrösserung der linken Brustdrüse ohne Schmerz, ebenso der linken Achseldrüsen. Die sich immer mehr vergrössernde Brustdrüse zeigte die Symptome einer bösartigen Neubildung. Während dieser ganzen Zeit blieben die oben genannten Erscheinungen fast stationär, nur das Schwanken und die Gleichgewichtsempfindungen traten noch stärker hervor.

Im März 1889 Erysipelas beginnend an den Stellen der eiternden Brustdrüse. Im November 1888 war an derselben Stelle während einiger Tage eine ähnliche Entzündung beobachtet worden, welche ohne jede Folgen verlief. Auch dieses Mal dauerte das Erysipel nicht lange, doch war die Erschöpfung so bedeutend, dass Patient in Folge derselben am 7. März verschied.

Section 24 St. nach dem Tode. Unter dem Tentorium cerebelli, über der Mitte des Vermis sup. befand sich eine graubraune Geschwulst von weicher Consistenz von der Grösse einer türkischen Nuss, deren Durchmesser von vorn nach hinten 2,5, von rechts nach links 1,5, von oben nach unten 1,5 cm betragen, das Gewicht 6 g. Mit der breiten Basis war diese Geschwulst fest mit dem Tentorium, in dessen Mitte, verwachsen. In der mittleren linken Schädelgrube wurde im hinteren Theile derselben entsprechend der Erhöhung der Pars petrosa, an der harten Hirnhaut einige erbsengrosse, fast knorpelartige Geschwülste gefunden. Gewicht des Gehirnes mit den Häuten 1260; Kleinhirn 157 g. Die Pia leicht getrübt, löste sich leicht von den Windungen. Die Gefässe der Basis leicht atheromatös.

Digitized by Google

Die vordere Hälfte des Vermis sup. entsprechend dem Monticulus und theilweise dem Declive monticuli, entsprechend der Stelle, wo die Geschwulst sass, etwas eingedrückt und von festerer Consistenz. Die diesem Theile des Vermis sup. anliegenden Oberflächen der beiden Hemisphären zeigten auch eine festere Consistenz. Die linke Brustdrüse vergrössert und hart, die Achseldrüsen ebenfalls vergrössert von knorpelartiger Härte.

Die im Schädel gefundenen Geschwülste erwiesen sich als Endotheliome, die der Brust und Achseldrüsen als Krebs. *A. v. Rothe.*

---

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelmann-Bonn.

Charcot, Ueber einen Fall von ophthalmoplegischer Migräne (Periodische Oculomotorius-Lähmung). — Le progrès médical No. 31 u. 32.

Die in Deutschland mit dem Namen der recidivirenden oder periodischen Oculomotoriuslähmung bezeichnete Affection will *Ch.* lieber mit dem Namen ophthalmoplegische Migräne benennen, weil derselbe die zwischen dieser und der gewöhnlichen Migräne bestehenden Beziehungen besser ausdrückt. Nach einer Uebersicht über die bisher mitgetheilten Beobachtungen (*Möbius, Hasner, Saundby, Thomsen, Remak, Bernhard, Parinaud* und *Marie*) leitet *Ch.* zu seinem Fall (aus der Salpetrière) dem 20. der bisher beschriebenen, über.

Die Migräne, sagt er, ist nicht immer von so günstiger Prognose, als man wohl annimmt; man muss verschiedene Formen unterscheiden. Nicht nur schwere gastrische Erscheinungen, Scotome, Hemiopie kommen dabei vor, sondern auch vorübergehende, halbseitige Sensibilitätsstörungen und Paresen der oberen Extremitäten und des Gesichts, Sprechstörung, Zustände, denen wohl „Ischämien in der Rinde" zu Grunde liegen, die bei Wiederholung Veränderungen in den Gefässen zur Folge haben können. — Den bei der Migraine ophtalmoplégique auftretenden Lähmungserscheinungen geht immer ein heftiger Schmerz voraus, eine wahre Hemicranie, welche in der Schläfe beginnt, auf Hinterhaupt und Nacken sich ausdehnt und mit Uebelkeit und Erbrechen verbunden ist. Der Schmerz hört auf, sobald die Lähmung einsetzt. Je kürzer (mehrere Tage) der Anfall (Schmerz und Lähmung zusammen), desto öfter treten die Anfälle auf; je länger die Dauer (bis 20 Tage) desto seltener treten sie auf, aber dann bleiben die Zwischenzeiten oft nicht ganz frei. — Die Krankheit beginnt meist in der Kindheit, befällt meist das weibliche Geschlecht. Als ätiologische Momente werden Kopfverletzung und hereditäre Belastung aufge-

Digitized by Google

führt. Differenzialdiagnostisch kommen die bei Tabes auftretenden, recidivirenden Augenmuskellähmungen in Betracht, bei denen jedoch jene begleitenden Symptome fehlen.

Die *Charcot*'sche Beobachtung weicht von den typischen Fällen etwas ab: Pat. ist eine 35jährige Frau; Tante mütterlicherseits geisteskrank; Vater litt an Bleilähmung. Der erste Anfall von Migraine ophtalmoplégique trat mit 30 Jahren ein, nachdem sie bereits vom 15. bis 23. Jahre an gewöhnlicher Migräne zweimal monatlich gelitten hatte. Im März 1885 bekam sie heftige Schmerzen am rechten Hinterkopf, die nach der Schläfe bis in die Orbita sich ausdehnten und gegen Abend am stärksten waren, dabei war Uebelkeit und Erbrechen vorhanden. Diese Schmerzen dauerten ca. 4 Wochen; darauf stellte sich Ptosis, Strabismus, Mydriasis, Obnubilation des rechten Auges, Diplopie ein; diese Lähmungserscheinungen dauerten ca. 4 Wochen. Der zweite Anfall wurde im Februar 1886 beobachtet. Der Schmerzanfall dauerte diesmal 3 Wochen; die Lähmungen nahmen nach 8 Tagen ab, blieben aber in geringem Grade 3 Jahre lang (bis 1889) bestehen. Während dieser Zeit wiederholte sich die Hemicranie alle 8 bis 14 Tage, zugleich nahm die Ptosis und Diplopie zu. — Ende 1889 verschwanden für 3 Monate alle Symptome. — Der 3. Anfall begann nach einer Gemüthsbewegung im Februar 1890. Der Schmerzanfall dauerte 20 Tage, die darnach eingetretene Lähmung bestand, wenn auch in geringem Grade, nach 3 Monaten noch fort. Die Schmerzen kamen ab und zu wieder und mit ihnen eine Steigerung der Lähmung.

Betreffs der der Krankheit zu Grunde liegenden Veränderungen nimmt *Ch.* für die kurz dauernden Anfälle functionelle Störungen, periodische „Fluxion", Reizung und folgende vasomotorische Lähmung an; bei den Fällen mit zurückbleibender Lähmung scheint es sich um entzündliche Vorgänge im Verlauf des Oculomotorius an der Gehirnbasis zu handeln.

Ch. empfiehlt die fortgesetzte Behandlung mit Kalium bromatum (4,0—5,0 pro die), die, wie sonst bei Migräne, auch hier von Erfolg begleitet war, und weist auf den Nutzen, welchen Schmierkur und das Kalium jodatum eventuell haben können, hin.

Ladame, **Die Zweifelsucht und die Berührungsfurcht. — Annales médico-psych. Nov.-Dec.**

Der auf dem internationalen Congress zu Berlin in der psychiatrischen Section gehaltene Vortrag beschäftigt sich zunächst mit der verschiedenen Auffassung der Autoren hinsichtlich der Classificirung der Folie du doute und des Délire du toucher, indem die einen sie als Symptome, die bei den verschiedensten Geistesstörungen vorkommen, betrachten, andre als psychopathische Erscheinungen der hereditären Degeneration oder als einfache elementare Störung. — Verf. gibt dann einen Ueberblick über die Geschichte von der Lehre der genannten Zustände und sagt, dass die ersten Beobachtungen, in denen solche Zustände von Délire du toucher

Digitized by Google

geschildert werden, von *Esquirol* stammten (1838); nach ihm theilten *Parchappe*, *Delasieuve*, *Brierre de Boismont* u. A. ähnliche Fälle mit. Von Ende 1860 an werden die Publicationen über Délire du toucher zahlreicher. Der Name Folie du doute rührt von *Jules Falret* her (1866). *Griesinger* schilderte dann (1868) die „Grübel- und krankhafte Fragesucht" als eigenartigen, psychopathischen Zustand. *Morel* beschrieb einzelne Fälle von Berührungsfurcht als Délire émotif und trennte sie von der Gruppe des hereditären Irreseins, von Hypochondrie und vom systematisirten Wahn ab. Den Unterschied zwischen Zwangsvorstellungen und Wahnideen hat zuerst *Westphal* (1871) in seiner bekannten Abhandlung über Zwangsvorstellungen gekennzeichnet. Während *Westphal* aber annahm, dass die Zwangsideen nie durch einen Affectzustand herbeigeführt werden, behaupten *Krafft-Ebing*, *Sander*, *Morel*, *Wille*, *Legrand du Saulle* u. A., dass sie auch auf einer emotiven Grundlage entstehen können. — *Wille* meint sogar, dieselben blieben nicht immer einfache, stationäre Symptome, sondern nähmen häufiger als man glaube, fortschreitenden Charakter an und führten zu systematisirtem Wahn. — Ueber die Bedeutung der Erblichkeit für die Entstehung der Zwangsvorstellungen sind alle Autoren in Uebereinstimmung. *Magnan* betrachtet sie neuerdings als directes und unmittelbares Zeichen der erblichen Belastung.

Verf. ist derselben Ansicht und betont, dass man die Folie du doute und Délire du toucher als zwei besondere Formen aufstellen müsse, die wohl oft zusammen vorkämen, öfters aber noch getrennt für sich bestehen. Er theilt zwei Fälle als Beispiele mit. — Therapeutisch hat *L.* die statische Elektricität und hypnotische Suggestion angewandt und empfiehlt sie für die Fälle von Zwangsvorstellungen, die mit Neurasthenie bei erblicher Disposition entstanden sind.

***Dagonet, H.*, Klinische Studie über den Verfolgungswahn. — Annales médico-psych. Sept.-Decemb.**

Die Abhandlung gibt ein zusammenfassendes, klinisches Bild von dem Verfolgungswahn und zeigt, dass derselbe nicht eine besondere Geisteskrankheit darstellt, sondern einmal als alleinstehender, eigenartig charakterisirter Symptomencomplex auftritt, dann aber auch in den Verlauf andrer Geisteskrankheiten sich einschiebt. Nachdem erst im Allgemeinen die Entwickelung der Verfolgungswahnideen auf der Grundlage des psychischen Schmerzes besprochen, auf die Aehnlichkeit der Zwangsvorstellungen mit den Verfolgungsideen im Beginne derselben hingewiesen worden ist, ferner von den Sinnestäuschungen, den wahnhaften Deutungen, dem verschiedenen Inhalt der Verfolgungsideen und dem Verlauf des Verfolgungswahns in den verschiedenen Formen die Rede gewesen ist, skizzirt Verf. die einzelnen Varietäten der Reihe nach kurz und gibt zu jeder Form prägnante Beispiele. Er unterscheidet:

1) die typische Form (systématisé — *Lasègue*);

Digitized by Google

2) die mit Grössenwahn combinirte Form;
3) Stupor mit Verfolgungsideen;
4) Hypochondrie mit Verfolgungsideen;
5) Manie — Dementia senilis — Paralyse — Alcoholismus, und die dabei vorkommenden Verfolgungsideen.

***Journiac* u. *Sérieux*, Klinische Vorlesungen über die chronische Paranoia mit systematischer Entwickelung (aus *Magnan*'s Klinik) Vorlesung VI—IX. (Fortsetz.; s. die früheren Refer. in d. Ztschr.). — Progrès médical. No. 28, 38, 40, 46.**

In dieser weiter fortgesetzten Abhandlung über das Délire chronique à évolution systématisé folgt nun das Stadium der Entwickelung der Grössenideen. Die Umbildung der Verfolgungs- in Grössenideen vollzieht sich durch logische Schlussfolgerungen oder durch Hallucinationen oder spontan, ohne bestimmte Ursache. Das Auftreten der Grössenideen ist ein ungünstiges Zeichen. Es beginnt auch damit eine Abnahme der intellectuellen Kräfte und allmählicher Uebergang zum Stadium der Demenz. In diesem sind die Kranken dann gleichgültig, nehmen zuweilen eigenthümliche Stellungen und Haltungen ein, werden durch Hallucinationen vorübergehend erregt, bewegen sich immer in ein und denselben Wahnvorstellungen.

Hinsichtlich der Diagnose ist von dem Délire chronique die Form der Paranoia zu trennen, deren Träger als persécuté — persécuteurs bezeichnet zu den hereditär Degenerirten zu rechnen sind. Es fehlen hier fast stets die Hallucinationen; es ist keine systematisch fortschreitende Entwickelung wie beim Délire chronique vorhanden. Man kann einzelne Gruppen dieser persécuté — persécuteurs je nach den äusseren Erscheinungen, dem Inhalt der Wahnideen und ihren Handlungen unterscheiden. — Zahlreiche Beobachtungen sind ausführlich mitgetheilt und den einzelnen Abschnitten beigefügt.

***Klinke*, Ein Fall von Sinnestäuschungen und Zwangsvorstellungen. Jahrbücher für Psychiatrie Bd. IX. H. 3.**

Verf. veröffentlicht die ausführlich und mit auffallend guter Erinnerung von einer 45jährigen Musiklehrerin geschriebene Selbstschilderung einer acuten hallucinatorischen Verwirrtheit.

***Donath*, Ueber traumatische Neurosen. Vortrag, gehalten auf der 25. Wanderversammlung ungarischer Aerzte und Naturforscher in Grosswardein. — Wiener med. Wochenschr. No. 39 u. 40.**

Verf. schildert in Kürze aber vollständig das Krankheitsbild der traumatischen Neurose, er legt ein Hauptgewicht auf die psychische Veränderung, die melancholische, hypochondrische Verstimmung, die als charakte-

Digitized by Google

ristischer Zug die Krankheit von der Neurasthenie und Hysterie unterscheidet und zuweilen das einzige Symptom der traumatischen Neurose ist. Simulation der Krankheit gehört zu den Seltenheiten. Als Entstehungsursache ist der psychische Shok von grösster Bedeutung, neuropathische Belastung ist oft nicht vorhanden.

Frenkl, **Ein Fall von Neurosis traumatica (Railway spine). — Internationale klin. Rundschau No. 29.**

Krankheitsgeschichte eines 21jährigen Commis, der nach einem Eisenbahnzusammenstosse deprimirt, schlaflos, vergesslich und leicht ermüdbar wurde, Hämmern und Schmerzen im Kopfe, hauptsächlich an der linken Schläfe, verspürte, Schwindelanfälle hatte und körperlich abnahm. Die Untersuchung ergab etwas schwerfälligen Gang, langsam, leise und gedehnte Sprache, traurige Gemüthsstimmung, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule vom 1. Brust- bis zum 1. Lendenwirbel, Zusammenschrecken und Herzpalpitationen beim leisesten Geräusche und beträchtlich gesteigerte Reflexerregbarkeit mit Ungleichheit auf beiden Körperhälften. Sensorische und Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden.

Sérieux, **Chronische Paranoia und die Degenerationspsychosen. — Bulletin de la société de médec. ment. de Belgique No. 59. Décembre.**

In diesem ersten Abschnitte einer längeren Abhandlung, aus der ein Auszug auf dem internationalen Congress zu Berlin vorgetragen wurde, verbreitet sich *S.*, ohne etwas wesentlich Neues zu bringen, über diejenige Form chronischer Paranoia, bei welcher auf die Periode des reinen Verfolgungswahns eine Periode der Grössenideen und damit Uebergang zu geistiger Schwäche folgt. (Vgl. die Referate über die das gleiche Thema betreffenden klinischen Vorlesungen von *Journiac* und *Sérieux* in Le progrès médic. 1890 No. 7 ff.)

Séglas **et** ***Sollier,*** **Puerperales Irresein; Amnesie; Astasie-Abasie. — Archiv. de neurologie. Nov.**

Ausführliche, nicht uninteressante Krankheitsgeschichte einer von Jugend auf hysterischen Frau, die im Puerperium erkrankte und einerseits die als Astasie-Abasie bezeichneten Motilitätsstörungen darbot, andererseits Verfolgungsideen, vorwiegend auf Grund von Sinnestäuschungen äusserte, deren spiritistischer Charakter sich durch Uebertragung von Seiten des dem Spiritismus sehr ergebenen Ehemannes erklärte. Die Ausführungen der Verff. über die längere Zeit nach dem Verschwinden der Delirien noch bestehen bleibenden Gedächtnissdefecte, sowie die Erklärung der Astasie-Abasie als Störung des organischen Gedächtnisses verdienen im Original nachgelesen zu werden.

Digitized by Google

***Hoffmann*, Erfahrungen über traumatische Neurose. — Berliner klin. Wochenschr. No. 29.**

Verf. berichtet über die in der *Erb*'schen Klinik beobachteten 24 Fälle von traumatischer Neurose, die er in 3 Gruppen theilt: 1) 10 Kranke mit Krankheitserscheinungen, die auch bei längerer Beobachtung als reelle angenommen werden mussten, 2) 6 Fälle, bei denen die vorhandenen Krankheitserscheinungen beträchtlich übertrieben und durch fingirte vermehrt wurden und 3) 8 Individuen, welche ganze Krankheitsbilder simulirten. Ueber 3 von diesen Simulanten berichtet er ausführlich und betont gegenüber *Oppenheim* und *Strümpell*, die sich für die Seltenheit der Simulation aussprechen, dass Simulation in einem Drittel seiner Fälle beobachtet wurde und dass die Simulation sich durchaus nicht auf die Imitation einzelner Erscheinungen beschränkt, sondern das ganze Ensemble der für die traumatische Neurose als charakteristisch angesehenen Erscheinungen mit Ausnahme der Gesichtsfeldeinschränkung, deren Fehlen aber auch in Fällen wirklicher Krankheit beobachtet wird, einschliessen kann. Im Hinblick auf die Häufigkeit der Simulation und der von allen Autoren zugegebenen Uebertreibung der Symptome warnt *H.* davor, alles als traumatische Neurose hinzunehmen, was so aussieht und sich dafür ausgibt.

***Walton, G. L.*, Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neuro-Psychosen. — The Journal of mental and nervous disease. Juli.**

W. wirft zuerst einen kurzen Rückblick auf die Geschichte dieser Krankheit, auf *Erichsen*, *Page*, *Putnam* und kommt zu dem Schlusse, dass man jetzt allgemein geneigt sei, die Theorie einer Spinal-Erschütterung zu verlassen und die Mehrzahl der Fälle als functionelle Störungen anzusehen, die mit bereits bekannten Formen mehr oder weniger identisch seien.

Verf. beobachtete 100 Fälle und fand nur in 17 Fällen Anhaltspunkte für eine organische Rückenmarkserkrankung. — Auf verschiedene Symptome legt er wenig Werth, so z. B. auf einen frequenten Puls, da derselbe bei nervösen Personen ohnehin sehr wechselt. — Ebenso kann Anästhesie simulirt werden; und er verzichtet auf den Nachweis, der oft gar nicht zu erbringen ist.

Die andern 72 Fälle (einer ist nicht spruchreif) fallen unter *Oppenheim*'s Neuro-Psychosen. Verf. übergeht die Uebertreibungen und Versuche zum Simuliren, da es ihm nur darum zu thun ist, den functionellen Charakter der Affection festzustellen. Er bemüht sich, dies dadurch zu beweisen, dass keine Symptome vorhanden sind, die bei organischen Verletzungen nicht fehlen würden. Er bestätigt die Verschlimmerung, solange Untersuchung, Klage und Process dauert, die auffällige Besserung, sowie jene vorüber sind. — Er hält überhaupt die Besserung für das Ge-

Digitized by Google

wöhnliche (womit er doch wohl kaum Recht hat. Ref.). Zum Schlusse hebt er noch hervor, dass es ein Unrecht gegen die wirklichen organischen Fälle sei, wenn man auch die functionellen für organische ansähe, da sie durch ihre Genesung auch gegen jene Misstrauen und falsche Beurtheilung veranlassten.

Krafft-Ebing, von, Ueber Manie. Klinischer Vortrag. — Internat. klin. Rundschau No. 21, 22, 23, 24, 26, 28.

Ausführliche Besprechung des Krankheitsbildes der Manie in den verschiedenen Erscheinungsweisen.

Kowalewski, P. J., Zur Lehre über das Wesen der Neurasthenie. — Russ. Archiv. f. Psych. Bd. XVI. H. 1. 2.

Die bestehenden Theorien über das Wesen der Neurasthenie befriedigen *K.* nicht und deshalb sucht er eine andere Erklärung. Von den bekannten Theorien sind die von *Arndt* und *Sadowski* diejenigen, welche für gewisse Fälle, jedoch nicht für Alle maassgebend sein können, diesen Mangel sucht er zu vervollständigen. Wie bekannt, fand *Arndt* in einzelnen Fällen von Neurasthenie, einen embryonalen Zustand der Nervenelemente mehr oder weniger stark entwickelt. Diese pathologischen Zustände wären, wenn häufiger constatirt, für die angeborene Neurasthenie zu verwerthen. *Sadowski* hat in seiner Arbeit „Zur Frage über die Veränderungen in den Nervencentren, in Folge peripherer Reize, 1889" nachgewiesen, dass langandauernde periphere Reize bei Thieren die Zellenelemente überreizen, welche Ueberreizung sich als „Evagulations-Neurose", Vacuolisation, hyaline Degeneration etc. darstellt. Hieraus nun folgert *K.*, dass bei der Neurasthenie, wo die Nervenelemente ebenfalls ohne Unterbrechung und weit über ihre Kräfte arbeiten, analoge Veränderungen unterliegen müssen, dies würde also für einzelne Fälle erworbener Neurasthenie gültig sein; für die grosse Zahl der übrigbleibenden Fälle sucht *K.* eine weitere Erklärung zu geben.

Die heutigen Lebensbedingungen sind der Art, dass der grösste Theil der Menschen sich überanstrengend arbeitet und einen abnormen Zustand, annähernd den von *Sadowski* gefundenen, in dem Nervensysteme hervorbringt, und zwar einerseits als materiellen Defect des Protoplasmas, andererseits aber in Folge der ununterbrochenen Thätigkeit der Zellen und Mangel an Ruhe, eine Anhäufung von Zersetzungsproducten; die ersteren ziehen eine Abschwächung oder vollständiges Sistiren der Zellenthätigkeit nach sich, die zweite eine Autointoxication. Bei normalem Befinden wird dieser Zustand durch die regelmässige Blutcirculation ausgeglichen, bei übermässiger Anstrengung aber verausgabt die Zelle mehr Material als ihr zugeführt wird; zweitens sammeln sich in ihr die Zersetzungsproducte, welche als fremde, reizende Stoffe wirken, und so entsteht in ge-

Digitized by Google

wissen Zellengruppen ein Mangel an Ruhe und Erholung, der sich als „partielles Hungergefühl" und andererseits als Autointoxication äussert.

Unter so bewandten Umständen wird die Erscheinung der Erschöpfung, wie auch die der Erregung sich steigern und erhöhen müssen, um das Gleichgewicht herzustellen, werden neue Reizmittel wie Alkohol, Kaffee, Thee, Tabak etc. gebraucht, welche ihrerseits wieder schädigend auf den Organismus wirken, und den neurasthenischen Zustand anstatt zu bessern, nur verschlimmern, und so wird aus dem partiellen Hunger und der partiellen Autointoxication eine allgemeine. Die Frage bleibt offen, welche Leucomaine es sind, die die partielle Nervenautointoxication, und welche, die allgemeine hervorrufen und entwickeln, sollte sich dies mit der Zeit ergründen, dann würde auch unsere Behandlung einen richtigeren Weg einschlagen können.

So dürfte denn nach *Kowalewski* angenommen werden, dass in Folge unserer Lebensart die Neurasthenie auch auf chemischem Wege zu Stande kommt, indem im Organismus verschiedene Leucomaine und Ptomaine entstehen, die schädlich auf die Nervenzelle und ihre Fähigkeit einwirken. *A. v. Rothe.*

Laschtschenka, P. N., **Paranoia melancholica. — Russisches Archiv für Psychiatrie. Bd. XVI. H. 1—2.**

Verf. gibt eine ausführliche Krankengeschichte eines jungen 26jährigen Mannes, dessen Vater syphilitisch, die Mutter neurasthenisch war, er selbst aber war in der Jugend skrophulös, später wurden auch an ihm neurasthenische Symptome wahrgenommen, welche schliesslich in eine Paranoia melancholica übergingen, so dass die Psychose gleichzeitig die charakteristischen Symptome der Paranoia und die der Melancholie darbot. Die Krankengeschichte gibt nichts Neues und erinnert an die Beobachtung *Schlöss*'s in den Jahrbüchern für Psychiatrie. *A. v. Rothe.*

Bechterew, **Ein Fall von Zwangsvorstellungen geheilt durch Autosuggestion in der ersten Periode der Hypnose. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII H. 2.**

Patientin, 28 J. alt, Frau eines russischen Geistlichen, hat 3 mal geboren und einmal abortirt. Stammt aus einer psychopathischen Familie, somatisch gesund, jedoch von Jugend auf nervös. Während der ersten Schwangerschaft erschrak sie heftig in Folge eines Brandes. Von jener Zeit datiren unbestimmte, innere Unruhe, Angstzustände, Erregtheit, das Gefühl allgemeiner Schwäche und Herzklopfen. Im Laufe eines Jahres entwickelten sich hieraus Zwangsvorstellungen melancholischen Inhaltes und Berührungswahn. In diesem Zustande war sie zu jeder Thätigkeit, ja selbst Bewegung unfähig, im Hause geradezu eine Last. Da alle während langer Zeit angewendeten Mittel erfolglos blieben, versuchte *Bech-*

Digitized by Google

terew Autosuggestionen in der ersten Periode der Hypnose, da posthypnotische Suggestion unausführbar war, und erlangte dadurch einen glänzenden Erfolg. Gleich nach dem ersten Versuche fühlte die Patientin sich freier und nach Verlauf eines Monats kehrte sie als vollkommen geheilt in ihre Familie zurück. *A. v. Rothe.*

Hack-Tuke, Zwangsvorstellungen ohne Wahnideen[1]). — Zeitschr. f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane. Bd. II. H. 1 u. 2.

Verf. kommt aus der Analyse des Falles von Dr. *Johnson* und von 3 selbst beobachteten Fällen zu folgenden Schlüssen:

1. Erbliche Belastung in irgend einer Weise liegt dem Zustande mindestens zu Grunde.

2. Der Pat. verfolgt zwangsmässig eine bestimmte triviale oder unangenehme Gedankenrichtung, mit welcher sich oft Ausrufe oder Bewegungen verbinden, während er im Uebrigen mehr oder weniger gesund ist (*Ball's* intellectuelle Impulse).

3. Gewöhnlich geht eine Gemüthsbewegung voraus (*Régis'* Délire émotif — auf Grund einer Erkrankung des Gangliensystems der Eingeweide).

4. *Charcot's* Onomatomanie, ihre Wortbesessenheit und die Arithmomanie der Franzosen (das Délire du doute, du toucher, die Grübelsucht *Griesinger*, (Refer.) sind verwandte Zustände).

5. Die Prognose ist gewöhnlich nicht günstig — aber selbst dann, wenn der Pat. seine Zwangsvorstellung nicht los wird, so ist es doch möglich, dass er in den Kreisen, in denen er sich bewegt, sein Lebenlang für gesund gehalten wird.

---

[1]) Bei dieser Gelegenheit sei auf diese schon im vor. Halbjahresbericht erwähnte neue Zeitschrift aufmerksam gemacht, von welcher 3 Hefte des II. Jahrganges vorliegen. Die Aufgabe, die sich die Herausgeber, Prof. *Ebbinghaus* und *König*, in Gemeinschaft mit *Helmholtz*, *Preyer* u. a. m. gestellt haben, ein Organ zu schaffen, in welchem die bisher in physiologischen, philosophischen, physikalischen, medicinischen und andern Zeitschriften zerstreueten Forschungen einen Mittelpunkt finden, ist in dankenswerthester Weise in Angriff genommen und findet sich schon in den wenigen Heften eine reichhaltige Fülle von Material, sowohl in Form von Originalartikeln als auch von kritischen Literaturberichten, das der immer dringender werdenden Neugestaltung der Psychologie und demzufolge auch der Psychiatrie zu Gute kommt. Schon jetzt sei auf 2 Artikel in Bd. II verwiesen, die im nächsten Halbjahresbericht ihre Stelle finden werden, von *J. Gaule*: „Was ist unser Nervensystem und was geht darin vor?" und von *Raehlmann* „Ueber Gesichtswahrnehmungen bei Kindern und bei operirten Blindgeborenen". *Fr.*

Digitized by Google

6. Zur Therapie. Man lege, dem Kranken gegenüber, der Zwangsvorstellung kein grosses Gewicht bei, sondern — behandele sie mit „würdevoller Gleichgültigkeit".

Rosenbach, P. Ja., **Ueber einige acute Formen des Wahnsinns und ihr Verhalten zur primären Verrücktheit. — Wjestnik psych. Bd. 7. H. 2.**

Nach einer kurzen geschichtlichen Erklärung dieser Form und ihrer Einführung in die Classification in Folge der Untersuchungen *Snell*'s, *Westphal*'s, *Kahlbaum*'s, *Tigges*' und *Meynert*'s, geht er auf die Lehre von dem Wahnsinn, wie sie sich selbstständig in Frankreich besonders durch den Einfluss *Magnan*'s und sein Délire chronique = Paranoia chronica, entwickelt hat, über, und betont, dass selbst heute noch die Unterschiede der acuten und chronischen Verrücktheit nicht geklärt sind, wie dies die Arbeiten von *Fritsch*, die Verwirrtheit, *Meynert*'s Amentia und *Wille*'s hallucinatorischer Wahnsinn augenscheinlich lehren.

Auf Grund dessen kommt *R.* zu der Ueberzeugung, dass, je mehr das Material über acute Verrücktheit sich ansammelt und kritisch analysirt wird, um so mehr die Tendenz hervortritt, dieselbe als selbstständige Form der Psychose anzuerkennen, dass jedoch die Frage noch nicht so bearbeitet ist, um das Wesen derselben zur allgemeinen Anerkennung zu bringen und ihr Verhalten zur Paranoia chron. festzustellen. Um dies zu ermöglichen, gibt er sieben von ihm in der Klinik des Prof. *Mierzejewski* beobachtete Fälle an.

1. Eine Frau. Beginn der Krankheit fieberhafter Zustand, Kopfschmerz, Furcht, Angst, Verdächtigung, Delirien, Hallucinationen, melancholische Stimmung. Erbliche Veranlagung, schlechte Ernährung, Anämie. Nach 4 Monaten Genesung, welche jetzt schon mehrere Jahre andauert.

2. Lehrer. Erblich veranlagt, Degenerationszeichen, Kummer, Alkoholmissbrauch, Gesichts- und Gehörshallucinationen, Verwirrtheit, Erregtheit, Grössenwahn, abwechselnd mit melancholischer Verstimmung. Nach 8 Monaten Genesung.

3. Soldat, 27 J., Vater Trinker, er nicht. Beginn Verstimmung, übermässig fromm, Alles verdächtigend, Kopfschmerz, Präcordialangst, Schlaflosigkeit, Krankheitsgefühl, Furcht und Angst verbunden mit Grössenwahn, abwechselnd mit melancholischer Verstimmung; Anämie, unbedeutendes Zittern der Hände und Zunge. Nach 9 Monaten Genesung.

4. Soldat, 23 J., ohne erbliche Veranlagung. Excesse in venere. Beginn Kopfschmerz, Schwindel, Verwirrtheit, Verfolgungsideen, melancholische Verstimmtheit. Nach 1 Jahre Genesung.

5. Schüler. Hereditär belastet, Anämie, psychische Ueberanstrengung, melancholische Verstimmung, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Erregtheit abwechselnd mit Depression. Nach 1½ Monat Genesung.

Digitized by Google

6. Arzt, 34 J., hereditär veranlagt, neuropathisch, starke Gemüthsbewegung, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, Verwirrtheit, Hallucinationen, Grössenwahn. Intervalla lucida; Erregtheit abwechselnd mit melancholischer Verstimmung. Nach 2½ Jahren Genesung.

7. Frau N. Tsch., 30 J., hereditär belastet, verheirathet. Nach der ersten Niederkunft Erregung, Verfolgungs- und Grössenwahn. Anämie, schlechte Ernährung. Excitation abwechselnd mit Depression. Hallucinationen, Verwirrtheit. Nach 2 Jahren 4 Monaten gebessert entlassen.

Der allgemeine Charakter aller dieser Kranken lässt sich mit dem Namen der hallucinatorischen Verwirrtheit oder hallucinatorischen Wahnsinns bezeichnen, doch bilden sie nach *R.*'s Ansicht eine besondere Kategorie der primären Verrücktheit und deshalb müssen sie von der Melancholie und Manie unterschieden werden wegen der Veränderungen des Gefühlstonus, von der Paranoia aber durch die nichtsystematisirten Wahnideen (Delirien) und den Mangel an Hallucinationen, oder wo dieselben bestehen durch deren geringen Einfluss auf die Wahnideen, wie auch durch das Verhältniss des Gefühlstonus zu den Delirien, welche unbeständig und wechselnd sind, endlich noch durch die verschiedenartigen Wandlungen in der psychomotorischen Sphäre.

Die Unklarheit des Bewusstseins, Verwirrtheit, ist das Endresultat gleichzeitiger Störung verschiedener psychischer Functionen.

Diese Form der Psychose, welche in der russischen Nomenclatur keine besondere Stellung einnimmt, wünscht nun *R.* unter der von *Schüle* und *v. Krafft-Ebing* gebrauchten Bezeichnung des Wahnsinns das Bürgerrecht zu erkämpfen. Wichtig ist die Sonderstellung dieser Form auch für die Statistik und Prognose, da dieselben nicht zu den degenerativen Formen gezählt werden können. *A. v. Rothe.*

***Serbski, W. P.*, Formen psychischer Störung, welche unter dem Namen der Katatonie beschrieben worden sind. — Gesammelte Abhandlungen. Moskau 1890.**

Für die russische Literatur ist diese mühevolle und gewissenhafte Arbeit, welche mit grosser Sachkenntniss geschrieben, von unschätzbarem Werthe, da *S.* die vollständige ausländische und russische Literatur am Ende seiner Arbeit alphabetisch geordnet mittheilt. Er führt die Namen und Arbeiten von 118 Autoren, darunter 11 russischen an. Der geschichtliche Theil und die Arbeiten und Ansichten *Kahlbaum*'s sind auf das ausführlichste und eingehendste behandelt. Hierauf bespricht er die einzelnen Symptome, welche für die Katatonie als charakteristisch gelten sollen. Jedes einzelne dieser Symptome behandelt er kritisch und sucht das Entstehen derselben wie auch den eigentlichen Werth zu erklären. Hierbei aber zeigt es sich, dass jedes Symptom an und für sich, wie auch alle zusammengenommen, bei den verschiedenartigsten Formen des Irreseins

Digitized by Google

angetroffen werden; der Werth und die Bedeutung dieser Symptome ist in den verschiedenen Fällen ein sehr ungleicher, dass sie alle aber nur zufällig in gegebenen Fällen ohne organische Verbindung auftreten. Aus diesem Grunde bleibt denn die Frage der Katatonie als selbstständige Krankheitsform eine offene, nicht gelöste, denn kein einziges der verschiedenen Symptome ist ausschliesslich nur der Katatonie als cardinales Symptom eigen.

Im zweiten Theile bespricht *S.* alle diejenigen Formen des Irreseins, in deren Verlaufe mehr oder weniger von den der Katatonie zugezählten Symptomen vorgefunden werden, und da stellt es sich denn heraus, dass es überhaupt wohl keine Form von Geistesstörung gibt, in welcher nicht auch der Katatonie eigen sein sollende Symptome vorgefunden würden.

Sein Schlussresumé gibt er in 30 Thesen.

Die russische Psychiatrie hat sich Verf. meiner Ansicht nach zu unbedingtem Danke verpflichtet. *A. v. Rothe.*

***Korsakow, S. S.*, Zur Symptomatologie der polineuritischen Form der Psychosen nach Typhus. — Gesammelte Abhandlungen. Moskau.**

Verfasser Privatdocent an der Universität zu Moskau, ist den Lesern schon durch seine frühere Arbeiten über Polineuritis und Psychosen bekannt. Diese Arbeit schliesst mit 10 Thesen, in welchen er das Resultat seiner Forschung niederlegt. Dieselben lauten folgendermaassen:

Bei den polineuritischen Psychosen nach Typhus beobachtet man nicht selten Erinnerungsfehler, und auf diesen Fehlern begründete Delirien, welche den Charakter rasch wechselnden Phantasirens oder einseitiger beständiger Wahnideen an sich tragen. Eins der häufigsten Themata solchen Phantasirens oder Wahnideen ist der Tod irgend Jemandes, Leichenbegängnisse oder über Verstorbene überhaupt. Die falschen Erinnerungen und durch sie entstandene Delirien fesseln oft so die ganze Aufmerksamkeit des Kranken, dass sie das Bild der partiellen Verrücktheit darstellen. Die Pseudoerinnerungnn basiren fast immer auf irgend welchen wirklichen Erinnerungen. Den „Gedächtnissspuren" entspricht aller Wahrscheinlichkeit nach, wenn auch nur in unbedeutender Intensität, ein Erhaltensein der Functionen der Nervenelemente, in Folge dessen die latenten Spuren sich associiren und in feste Associationsgruppen gestalten können. Die Pseudoreminiscenzen bilden sich wahrscheinlich zu festen Associationsgruppen, Dank der Möglichkeit von Verbindungen der „Spuren" im unbewussten Seelenleben. Diese in der unbewussten Sphäre entstandenen festen Associationen werden später zu bewussten und simuliren so wirkliche Erinnerungen. Zur Bildung solcher Associationsgruppen, welche die falschen Erinnerungen bedingen können, gehört wahrscheinlich ein Defect in der Function der Associationsvorstellungen, in Folge dessen Verbin-

Digitized by Google

dungen entstehen können mit Verlust einiger solcher Glieder in der Kette der Associationen, welche sonst im normalen Seelenleben durchaus bestehen mussten. Deshalb begegnen wir auch den Pseudoreminiscenzen am häufigsten bei solchen Psychosen, bei welchen eine Störung im Processe der Vorstellungsverbindungen vorhanden ist.

Das Studium der Verbindung der latenten „Spuren" unter einander und das Ergründen ihres Einflusses auf den Verlauf der Ideen erklärt uns viele interessante Erscheinungen sowohl im Gebiete der normalen wie pathologischen Psychologie. *A. v. Rothe.*

***Korsakow, S. S.* u. *Serbski, W. P.,* Ein Fall von polineuritischer Psychose mit Autopsie. — Gesammelte Abhandlungen. Moskau 1890.**

Das psychische Leiden entwickelte sich bei einer 27jährigen Frau. Bei derselben war eine extrauterine Schwangerschaft constatirt. Mittelst der Laparotomie wurde die abgestorbene, schon stark in Fäulniss übergegangene Frucht entfernt. Eine Woche nach der Operation brach die psychische Störung aus: starke Excitation, Gedächtnissschwäche, umnebeltes Bewusstsein verbunden mit allgemeiner Schwäche der Extremitäten, Mangel der Kniereflexe und Schmerz beim Druck auf die Nervenstämme und Muskeln. Die Krankheit dauerte fast zwei Monate, Fieber und sehr kleiner Puls und endete mit dem Tode. Die psychische Störung zeigte alle charakteristischen Symptome, welche *Korsakow* schon früher als Zeichen der polineuritischen Psychose beschrieben. Die Section ergab eine weitverbreitete degenerative Neuritis sowohl der Nerven, der Extremitäten, wie auch der Nn. vagi, phrenici und theilweise der Grosshirnnerven. Die Gestalt und Form des Rückenmarkkanales war verändert. Die beiden Verfasser sehen dieselbe als angeboren an und mit der Krankheit nicht im Zusammenhange stehend. In den *Goll*'schen Strängen war das Bindegewebe stark entwickelt. Die Grosshirnrinde zeigte keine pathologischen Veränderungen.

Dieser Fall spricht gegen die Ansicht *Tilling*'s, welcher die polineuritische Psychose nur bei Polineuritis alcoholica anerkennt und bestätigt die Ansicht *Korsakow*'s, welcher die Psychose nach jeder Art toxischer Polineuritis sich entwickeln sah. In dem angegebenen Falle spielte der Alkohol absolut keine Rolle.

Zum Schlusse wird noch angeführt, dass die Schilddrüse colloid degenerirt war. *A. v. Rothe.*

***Christiani, Andrea,* Beitrag zum Studium der primären Verrücktheit. Archiv. ital. p. l. mal. nerv. ed alien. ment. A°. XXVII. f. 5. 6.**

Die sehr ausführliche Darstellung des Lebensganges eines erblich stark belasteten, übrigens gut beanlagten Advocaten aus Pisa, der sich die Ehren-

Digitized by Google

rettung seines Landsmannes des Grafen Ugolino (vgl. Dante's Hölle) zur Lebensaufgabe gemacht hatte, dient dem Verf. zur Begründung der Ansicht, dass die primäre Verrücktheit auf atavistischer, psychischer Degeneration beruhe, während *Marro* annimmt, dass den systematisirten Delirien der Paranoia ein wirklich krankhafter Process im Gehirn, wie es bei allgemeiner Paralyse der Fall ist, zu Grunde liegt.

Nach des Verf.'s Ansicht haben alle die sonderbaren Charakterzüge des Pat. und dessen närrische Bestrebungen ihre Analoga in mittelaltrigen und vorgeschichtlichen Anschauungen, die in niederen Volksklassen und Rassen noch heutzutage gang und gäbe sind. Derartige psychische Anomalien sind nach dem von *Lombroso* aufgestellten Schema: Unreinlichkeit, Fressgier, enormes Geberdenspiel und Zwangsbewegung zur Verdeutlichung des rednerischen Ausdruckes, Neubildung von Worten, für mystische, abergläubische, räthselhafte, der Vergangenheit entnommene Vorstellungen, Gefallen an cabbalistischer Namen- und Zahlendeutung, auffällige Kleidung, Hieroglyphenschrift, Wanderlust. Dazu kommen: Ehrgeiz, Misstrauen, Queruliren, Verfolgungswahn, neben platonischer Enthaltsamkeit (Schwärmerei für eine Bildsäule) Ausschweifungen in der Ehe (mit einem grundhässlichen Weibe) und Eifersucht. *Fr.*

***Abundo, Gius.*, Schreibekrampf der Linkshändigen. — Ibid.**

Ein Fall von Schreibekrampf bei einem von Kindheit an Linkshändigen, der gleichwohl bisher mit der rechten Hand ausschliesslich geschrieben hatte, veranlasste den Verf. zu der sehr interessanten Untersuchung einschlägiger Fälle bei Gesunden und Kranken.

Im Allgemeinen ergab sich, dass bei Gebrauch der linken Hand — auch in Fällen von Lähmung oder Mangel der rechten — die Schrift der Mancini von der Rechten zur Linken leichter von Statten ging als umgekehrt, ebenso die sogen. Spiegelschrift. Zur Erklärung der Sache, die auf stärkerer Entwickelung der rechtseitigen Centren am Fuss der dritten Stirnwindung beruhen müsse, geht *A.* auf die Geschichte der Schrift in den Urzeiten zurück. — Zur Erläuterung dient eine Tafel mit Schriftproben.

Fr.

***Krafft-Ebing, v.*, Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. — Stuttgart. Ferdinand Enke. 1890.**

Verf. bespricht besonders zwei Arten conträrer Sexualempfindung, den Masochismus und Sadismus. Masochismus nennt Verf. eine eigene Art sexueller Perversien nach dem Romanschriftsteller Sacher Masoch, welcher in seinen Romanen diese Perversität zum Lieblingsgegenstand seiner Schriften macht. Sadismus, genannt nach dem monströsen Marquis de Sade, besteht darin, dass Acte der Grausamkeit am Körper des Weibes vom Mann verübt werden als Befriedigung einer perversen Vita sexualis.

S.

Digitized by Google

***Krafft-Ebing, v.*, Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. 6. vermehrte Auflage. — Stuttgart. Ferdinand Enke. 1891.**

Die neue Auflage des bekannten Werkes von *v. K.-E.* bringt besonders in der Casuistik viel Neues, sowie auch hinsichtlich der Behandlung die neueren Erfahrungen der Suggestivbehandlung eingehend erörtert werden. *S.*

***Dehio*, Erfahrungen über einige neuere Schlafmittel. — St. Petersburger medic. Wochenschr. No. 33.**

D. berichtet in einem vor der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga gehaltenen Vortrage über seine seit August 1886 an der Dorpater Klinik gemachten Erfahrungen über Schlafmittel.

Hypnon, bei dessen Anwendung eine unzweifelhafte Wirkung auf den Schlaf nur selten zu constatiren war, musste in jedem Falle wegen auftretender Magenstörungen ausgesetzt werden, Methylal versagte sowohl bei Delirium tremens, als in anderen Formen von Schlaflosigkeit, die Erfolge von Chloralamid waren nicht bedeutender, als die mit den übrigen Schlafmitteln erzielten.

Paraldehyd ist das souveräne Schlafmittel der Dorpater Klinik, dessen Vorzüge in der schnellen Wirkung, dem Fehlen jeder anderen, als der rein schlafbringenden Wirkung auf das Centralnervensystem, in der Aehnlichkeit seiner Wirkung mit dem physiologischen Schlafe und in seiner Gefahrlosigkeit für Herzthätigkeit und Respiration selbst bei grossen Dosen liegen; der Geschmack wird gewöhnlich schlechter geschildert, als er ist, die Patienten gewöhnen sich bald an ihn, und der anfangs recht lästige Geruch der Exspirationsluft wird auffallenderweise bei längerem Gebrauche immer geringer. Ist aber der Verdauungstractus geschwächt, so bewirkt das Paraldehyd, besonders bei Potatoren, oft heftige Durchfälle und bei monatelangem Gebrauche machen sich unangenehme Störungen der Verdauung und des Allgemeinbefindens geltend, die zum Aussetzen des Mittels zwingen, aber damit auch rasch wieder verschwinden. Nachtheile des Mittels sind auch das öftere Ausbleiben der Wirkung und die Gewöhnung an dasselbe. *D.* gab das Paraldehyd zu 5,0—6,0 in einem halben Bierglas einer stark versüssten Mischung von Rothwein und Wasser, in Fällen von schwerer Schlaflosigkeit beim Aufwachen dann sofort noch 3,0—4,0. — Die unangenehme Wirkung auf den Verdauungskanal hat das Amylenhydrat nicht, es kann auch, was beim Paraldehyd wegen der schleimhautreizenden Wirkung nicht zu empfehlen ist, als Klysma verabreicht werden; die Wirkung ist ganz ähnlich, wie die des Paraldehyds, nur wird zuweilen über Kopfschmerz und Benommenheit als Nachwirkung geklagt; die Dosis ist 2,0—6,0, der Geschmack ist unangenehm. — Urethan bewirkt in Gaben von 3,0—6,0 in Fällen von leichter, aber lästiger Schlaf-

losigkeit, besonders bei körperlich schwachen Kranken einen schnell eintretenden und genügend langen Schlaf ohne schädliche Beeinflussung des Herzens und der Respiration, es tritt aber bald Gewöhnung und bei längerem Gebrauche Verdauungsstörung ein. — Sulfonal wurde zu 1,0 bis 4,0 in einem Glase heissen Wassers gelöst gereicht, es wirkt allmählich, bei leichter Schlaflosigkeit auch noch auf die folgende Nacht, hat bei fortgesetztem Gebrauche eine cumulirende Wirkung und erzielt im Allgemeinen einen langen Schlaf, dem bei grossen Dosen Müdigkeit und Schlafsucht für den folgenden Tag folgen kann. Bei längerm Gebrauche wurden ataktische Störungen beobachtet, die besonders stark bei einer Morphinistin auftraten; bei einigen Fällen folgte dem Sulfonalgebrauche heftiger Magenkatarrh. Die Darreichung von Sulfonal in refracta dosi bei maniakalischen Zuständen erzielte vorübergehende Beruhigung, nicht aber schnellere Genesung, bei Paralyse scheint eine solche Anwendung die Verblödung zu beschleunigen. — Bei hochgradiger motorischer Unruhe, wie in der Manie und Paralyse, weniger in den schweren Depressionszuständen, lässt sich fast ausnahmslos durch Hyoscin. muriatic. Schlaf erzwingen, ohne dass jemals mehr als 1 mg gegeben zu werden brauchte. — Bei secundärer Schlaflosigkeit in Folge von Schmerzen etc. wird man zum Morphium greifen müssen.

Zum Schlusse seines Vortrages fasst *D.* die Indicationen der aufgezählten Mittel noch einmal zusammen:

Bei leichter neurasthenischer Schlaflosigkeit empfiehlt er, wenn man nicht ohne Schlafmittel auskommt, Sulfonal, bei acuter aufreibender neurasthenischer Schlaflosigkeit Paraldehyd oder Amylenhydrat in Dosen von 2,0—3,0, bei reiner Melancholie bewährt sich Paraldehyd in fortgesetzten vollen Gaben von 5,0, ebenso bei einfachen maniakalischen Erregungszuständen, bei Verrücktheit, acuter Demenz; Sulfonal eignet sich nur für die Fälle von Psychosen, wo eine Schädigung der Psyche nicht in Frage kommt, so bei Aufregungszuständen secundär Schwachsinniger, bei der periodischen Manie und darf in Fällen von frischen Psychosen nur dann angewandt werden, wenn die anderen Mittel vorübergehend ausgesetzt werden müssen. Bei Verweigerung der Schlafmittel oder, wenn die reine Schlaflosigkeit gegenüber der motorischen Unruhe zurücktritt, empfiehlt sich Hyoscin.

***Roubinovitch, J.*, Ueber das Sulfonal bei Geisteskranken (Forts.). — Progrès médical No. 44. 47.**

Zur Vervollständigung seiner Literaturangaben über Sulfonal referirt Verf. noch kurz die deutschen Arbeiten von *Ruscheweyh*, *Kisch*, *F. Fischer*, *Bornemann*, die englische von *Conolly Norman*, die russische von *Boutschinsky* und endlich die französischen von *Garnier*, *Marandon de Montyel*, *Voisin*, *Mairet*, *Deuthuille* und *G. Sée*.

Darnach theilt er seine eignen Resultate mit; er wandte das Sulfonal (*Bayer*) bei 24 Kranken an, gab es meist zwischen 5—7 Uhr Abends, in Flüssigkeit (Gerstenschleim, Bouillon, Wein) aufgelöst; verschiedentlich befolgte er den von *Mairet* gemachten Vorschlag, an einem Tage 2—4 g Sulfonal zu geben und an den nächstfolgenden nur 0,5—1 g.

In den bisher veröffentlichten 12 Krankengeschichten erzielte er stets Schlaf nach Sulfonal, in einem Falle allerdings — er betraf einen Melancholiker, der bei einem Selbstmordversuche sich verschiedene Frakturen zugezogen hatte — musste zugleich 0,01—0,02 Morphium gegeben werden, aber weder Morphium noch Sulfonal für sich vermochte einen Schlaf herbeizuführen. Von den 12 Kranken litten 6 an chronischer, 2 an acuter Manie, 3 an Melancholie, 1 an Alcoholismus. Von unangenehmeren Nebenerscheinungen beobachtete V. in einem Falle leichte Benommenheit mit Kopfschmerz (nach 2 g), in einem andern eine den ganzen nächsten Tag anhaltende Schläfrigkeit und Müdigkeit (nach 3 g) und in einem dritten Falle schliesslich vorübergehende atactische Erscheinungen in den unteren Extremitäten (nach 5 g).

Sicchicelli, Cels., Ueber die Wirkung des Hyoscins. — Il *Manicomio* Bd. VI. H. 1 u. 2.

Das als Schlafmittel empfohlene Hyoscin wirkt, wie aus zahlreichen Beobachtungen des Verfassers an Gesunden und Geisteskranken hervorgeht, in der Mehrzahl der Fälle sehr schnell (5—20 Minuten) lähmend auf das Herz. Der Puls wird zuerst selten vermöge verlängerter Diastole, dann klein, indem die Linie der Systole ausserordentlich sinkt. Nur in wenigen Fällen zeigte sich keinerlei Wirkung. Verf. benutzte das Hydrojodat des Hyoscins in Dosen von $^1/_4$—1 mg subcutan. Darüber hinaus zeigten sich Vergiftungserscheinungen (Conjunctivitis, enorme Pupillenerweiterung, Suffocation, Cyanose, Schüttelkrämpfe), die erst spät nach Injection von ätherischer Moschustinctur schwanden. *Fr.*

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis.

Ref.: Kirn-Freiburg.

Stark (Stephansfeld), Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse. Vortrag. — Archiv für öffentl. Gesundheitspflege in Elsass-Lothringen. Bd. XIV, H. 1.

Die Zunahme der allgemeinen Paralyse in unserer Zeit wird ziemlich allgemein angenommen, weil unsere heutigen socialen Verhältnisse wohl angethan erscheinen, dieselbe zu erzeugen, und weil thatsächlich in einzelnen Jahrgängen sehr viel Paralytiker in den Anstalten aufgenommen

Digitized by Google

werden. Ein ziffermässiger Nachweis dieser angenommenen Zunahme wurde aber bisher nirgends gegeben.

Vortragender hat sich deshalb bemüht, aus der 17jährigen Statistik der Anstalt Stephansfeld, unter vergleichshalber beigezogenen Statistiken einer Anzahl anderer Anstalten, diese Frage zu entscheiden.

Die Häufigkeit der Paralyse ist in den einzelnen Ländern und Bezirken eine verschiedene; so litten 1874 unter sämmtlichen in den französischen Irrenanstalten aufgenommenen Geisteskranken 19,7 pCt. der Männer und 8 pCt. der Frauen an Paralyse, während unter den 1876—78 in den preussischen Anstalten aufgenommenen Irren 16,7 pCt. der Männer und nur 3,5 pCt. der Frauen paralytisch waren. In den einzelnen preussischen Provinzen schwankte der Procentsatz zwischen 6,5 pCt. (Westfalen) und 24,3 pCt. (Berlin). Bei den vom Vortragenden in Rechnung gezogenen Anstalten schwankte die Durchschnittszahl der Paralytiker während der in Betracht kommenden Zeiträume von 6—17 Jahren zwischen 6,3—20,6 pCt. bei den Männern und 0,8—6,1 pCt. bei den Frauen. Die Frequenz ist viel grösser in den städtischen und industriellen, als in den rein ländlichen Bezirken.

Unter den während 17 Jahren in Stephansfeld aufgenommenen Geisteskranken befanden sich 405 Paralytiker oder nach Procenten 19,1 pCt. paralytische Männer und 4,2 pCt. paralytische Frauen. Es sind dies höhere Procente als in den meisten zum Vergleich herangezogenen Anstalten.

Zur Entscheidung der Frage, ob die Zahl der Paralytiker in St. thatsächlich zugenommen hat, hat Vortr. das Procentverhältniss derselben nach den einzelnen Jahrgängen berechnet in Curven eingetragen. Die Curven veranschaulichen zunächst sehr deutlich die erheblichen Schwankungen, welche die Verhältnisszahlen der aufgenommenen Paralytiker in den einzelnen Jahrgängen darbieten, indem dieselben bei den Männern zwischen 6 und 25 pCt., bei den Frauen zwischen 0 und 11 pCt. schwanken. Diese Schwankungen dürften wohl zurückzuführen sein theils auf die verschiedene Widerstandskraft der Individuen gegenüber den regelmässig einwirkenden Schädlichkeiten, theils auf die naturgemäss sehr schwankenden zufälligen Schädlichkeiten.

Der höchste Anstieg der Curven, also die grösste Verhältnisszahl der aufgenommenen Paralytiker, fällt für beide Geschlechter auf das Jahr 1880/81. Theilt man den 17jährigen Zeitraum in 2 neunjährige Perioden von 1872 bis 1880/81 und von 1880/81—1888/89, so dass also das Jahr 1880/81 mit seinen Maximalwerthen in jede dieser Perioden einbezogen ist, so ergibt die Durchschnittszahl sämmtlicher Paralytiker in der ersten Periode 13 pCt., in der zweiten 12,1 pCt., diejenige der Männer 20,9 pCt. und 18,7 pCt., diejenige der Frauen 4,9 pCt. und 4,3 pCt. Es sind also sämmtliche Zahlen des späteren Zeitraums etwas niedriger, als die des früheren. Hiernach hat sich bei den in 17 Jahren in St. aufgenommenen Kranken zwar ein zeitweises vorübergehendes Anschwellen der Paralytiker, aber durchaus

keine dauernde Zunahme, eher eine geringe Abnahme in der jüngsten Zeit ergeben.

Ganz zu dem gleichen Resultate führen Curven über die Aufnahme der Paralytiker in den Anstalten zu Schwetz und Allenberg, d. h. auch sie ergeben eine leichte Abnahme während der letzten Jahre. Dagegen hat — auf Grund der gleichen Berechnung — die Häufigkeit der Paralyse in der Anstalt Eichberg im jüngsten Zeitraum zugenommen.

Aus obigem Zahlenergebniss glaubt Vortr. den Schluss ableiten zu dürfen, dass die Paralyse bei uns im Allgemeinen in jüngster Zeit nicht zugenommen hat. Er legt insbesondere auf die Stephansfelder Zahlen grossen Werth, weil sie das Ergebniss von einem nicht unbeträchtlichen Zeitraum aus einem grossen Aufnahmebezirk darstellen, in welchem die Aufnahmeverhältnisse im Allgemeinen die gleichen geblieben sind. Nur eine Aenderung hat sich während dieses Zeitraumes vollzogen, nämlich die Steigerung der Aufnahmen aus besseren Ständen um über 50 pCt. und von dieser Aenderung hätte man gerade ein Anwachsen der Zahl der Paralytiker erwarten sollen!

Folsom **(Boston), Das erste Stadium der allgemeinen Paralyse. — Transactions of the Association of American Physicians. 1889. September. No. 26.**

Die Diagnose der Paralyse in ihrem ersten Stadium bietet oft grosse Schwierigkeiten. In der Regel werden die höchst entwickeltsten und feinsten psychischen und motorischen Leistungen zuerst betroffen und können diese Abweichungen nur durch die Erhebung der eingehendsten Anamnese und durch länger fortgesetzte Prüfung und Beobachtung des Patienten festgestellt werden. Man beobachtet alsdann — Verlust des Interesses für Beruf und Familie, Nachlass der Energie, des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, Verlust der Besonnenheit und Geistesgegenwart. Der Kranke erscheint nachlässig und gleichgültig, kopflos und rücksichtslos; seine Fassungsgabe, seine Urtheilsfähigkeit lässt nach. Er kann vielleicht noch seine gewohnte Lebensaufgabe vollbringen, strauchelt aber alsbald bei ungewohnten Anforderungen, bei neuen Unternehmungen. Er wird reizbar und deshalb zu lebhaften unmotivirten und unbeherrschten Affecten geneigt. Diese psychischen Veränderungen, sowie die ersten Anfänge der Sprachstörung und der Aenderungen der Handschrift werden von der Umgebung sehr leicht übersehen.

Wir werden ferner in zweifelhaften Fällen sorgfältigst auf eine vorausgegangene Syphilis zu fahnden haben, da mindestens $^2/_3$ der Paralytiker früher luetisch inficirt waren, und ein Syphilitischer etwa 20 mal mehr als ein nicht Inficirter gefährdet ist.

Im Allgemeinen ist die zeitige Diagnose der Paralyse um so leichter, je höher das fragliche Individuum organisirt ist, je schwieriger und ver-

Digitized by Google

plicirter seine Arbeiten und Leistungen sein sollen, je mehr seine höchsten Nervencentren geschult und entwickelt sind; weil hier Functionsstörungen zuerst auffallen; das Gleiche gilt auch von den feinsten Abweichungen im Gebiete der Motilität.

17 instructive Krankenbeobachtungen bilden den Untergrund für obige Erörterungen.

Cuylits, Geistige Ueberarbeitung und paralytische Geistesstörung. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. Septembre. No. 58.

Verf. behandelt in einem sehr langen, wesentlich theoretisirenden Artikel die Frage der „Surmenage“ (geistige Ueberarbeitung) als ätiologisches Moment der allgemeinen Paralyse.

C. war in einer früheren Arbeit zu dem Schlusse gekommen: „Die Ueberarbeitung, der Missbrauch des Alkohols und des Tabaks schaden einem gesunden Menschen an Nichts (? Ref.); sie erzeugen eine beliebige Geistesstörung bei einem nervösen Hereditarier; sie erzeugen die allgemeine Paralyse, wenn der Hereditarier an angeborener oder erworbener Syphilis leidet. Hiernach gehört die allgemeine Paralyse zu den Intoxications-Psychosen.“ Er knüpft an diese These hier wieder an, um den schädlichen Einfluss der Ueberarbeitung zu widerlegen. Die in der belgischen Academie der Medicin gepflogenen Verhandlungen über diese Frage finden hier eine weitläufige kritische Besprechung.

C. entwickelt weiter folgendes Raisonnement: Geistige und gemüthliche Uebermüdung ist die Folge einer Ueberarbeitung des Gehirns. In vollkommen analoger Weise setzt die Ueberanstrengung der Muskeln deren Ermüdung und functionelle Unfähigkeit; stets aber werden durch zeitweilige Ruhe diese Erscheinungen in Kürze wieder ausgeglichen. Das Gleiche geschieht beim Gehirn; hier wie dort werden die chemischen Zerfallsproducte in der Ruhe ausgeschieden und alsdann die Muskel- wie die Gehirnsubstanz zu neuer frischer Leistung fähig. Also muss sich bei jedem rüstigen Gehirn, wenn ihm auch noch soviel zugemuthet wird in geistiger Arbeit und in Leidenschaften durch den naturgemässen, den physiologischen Hergang, stets nach einiger Zeit wieder eine Ausgleichung, eine Rückkehr zur Norm einstellen. Nur nervös-belastete Menschen können durch geistige Ueberarbeitung leiden, Menschen, welche sich mit einem impulsiven und unvernünftigen Eifer auf ihre Arbeit stürzen, welche Alles Denkbare anstreben, zu dem ihnen völlig die Kraft fehlt. Für einen Degenerirten liegt eben in Allem eine Gefahr.

Auf Grund dieser Darlegung, welche der alltäglichen Erfahrung durchaus widerspricht, gibt der Verf. folgende These:

„Die geistige Ueberanstrengung schadet dem gesunden Menschen in keiner Weise, bei dem nervösen Hereditarier erzeugt sie eine beliebige Geistesstörung.“

Cullerre, **Mittheilung über die allgemeine Paralyse bei Ehegatten. Vortrag beim psychiatrischen Congresse zu Rouen. — Le Progrès méd. No. 32 u. 33.**

C. beobachtete bei drei Frauen allgemeine Paralyse, deren Männer — zwei gleichfalls an Paralyse — einer an Tabes erkrankt waren. Während bei zwei dieser Frauen Syphilis sehr zweifelhaft war, war solche bei der dritten bestimmt nachzuweisen, bei deren Manne dagegen keineswegs bestimmt festzustellen. Hiernach dürfte die Annahme, dass Syphilis die Ursache der Paralyse bei Ehegatten sei, nicht in allen Fällen zutreffen.

Malfilatre, **Ueber die ursächliche Bedeutung der Rückenmarksleiden in der allgemeinen Paralyse. Vortrag beim psychiatrischen Congress zu Rouen. — Le Progrès méd. No. 32 u. 33.**

M. theilt einen Fall mit, in welchem die für die Paralyse charakteristischen Läsionen im Gehirne zugleich mit solchen der Hinterstränge des Brust- und Lendenmarkes anatomisch festgestellt wurden und leitet daraus die Folgerung ab, dass manche Rückenmarkserkrankungen zur Paralyse disponiren. Einzelne dieser Myelopathien können latent verlaufen und erst durch die mikroskopische Untersuchung festgestellt werden. (Vortr. scheinen die umfassenden deutschen Forschungen auf diesem Gebiete nicht bekannt zu sein! Ref.)

Pick **(Prag), Ueber periphere Neuritis im Verlaufe der Dementia paralytica, nebst Bemerkungen über die Complication dieser letzteren mit Imbecillität. — Berliner klinische Wochenschrift No. 47.**

Da uns die Literatur bisher nur ganz spärliche Fälle von peripherer Neuritis bei allgemeiner Paralyse gebracht hat, so sind *Pick*'s Mittheilungen über neue Fälle beachtenswerth.

Auch das Hinzutreten einer wohlcharakterisirten Dementia paralytica zu einer schon länger oder kürzer bestehenden anderen Form von Geistesstörung ist verhältnissmässig selten, am meisten trifft dies noch für Paranoia zu, am wenigsten für Imbecillität. Auch nach dieser Richtung hin bietet *Pick*'s erster Fall grosses Interesse:

Ein von einer geisteskranken Mutter abstammender, von Geburt an imbeciller Mensch, kein Trinker, wird in dem ungewöhnlich frühen Alter von 22 Jahren von typischer Paralyse befallen mit Grössenwahn, kindischem Wesen, Silbenstolpern, Zungen- und Gesichtstremor, lichtstarren Pupillen, paralytischen Anfällen etc. Eines Tages wurde bei dem dauernd zu Bette liegenden Kranken eine ausgesprochene Peronäuslähmung mit Entartungsreaction festgestellt, welche sich erst nach mehreren Monaten wieder verlor. Später — paralytische Sprache, ausgesprochen spastischer Gang.

Digitized by Google

Typischer paralytischer Sectionsbefund (diffuse Trübung der Hirnhäute, besonders an der Convexität, Atrophie der Gehirnsubstanz, Erweiterung der Seitenventrikel etc.).

Ursächlich dürfte diese Paralyse — da frühere Syphilis nicht nachgewiesen werden konnte — auf die sich als Imbecillität äussernde Gehirnanomalie, als prädisponirend, zurückgeführt werden.

Von besonderem Interesse ist die Beobachtung einer unzweifelhaft als peripher anzusprechenden Nervenlähmung im Verlauf der Paralyse, welche Verf. nicht für zufällig, sondern für pathogenetisch mit dieser zusammengehörig hält. Ein zweiter Fall stützt diese Auffassung:

Eine erblich belastete, 38 Jahre alte Frau leidet zwei Jahre lang an wechselnden Schmerzen in verschiedenen Körpertheilen, an Kopfschmerz, Parästhesien, paralytischem Anfall; später hochgradige Tobsucht mit maass- und sinnlosem Grössenwahn: nach dem Ausklingen — charakteristische motorische Störungen und ausgesprochen progressive Abnahme der Intelligenz mit andauernden Grössenideen.

Während des Verlaufes der Paralyse entwickelt sich, wie im ersten Falle, sehr rasch eine Peronäuslähmung, die als wohl charakterisirte periphere Lähmung angesprochen werden muss und die — nach des Verf.'s Darlegung — in einem pathogenetischen Verhältnisse zu der gleichzeitig vorhandenen Cerebrospinalaffection der Paralyse steht. Offenbar handle es sich hier um ein ähnliches Verhältniss der progressiven Paralyse zu einer peripheren Neuritis, wie ein solches hinsichtlich der Tabes dorsalis jetzt allgemein anerkannt sei.

***Olliver,* Analyse einiger Augensymptome bei der sogenannten allgemeinen Paralyse. — Reprinted from Transaction Americ. Ophthalmolog. society. 1889.**

Die an 20 im zweiten Stadium der allgemeinen Paralyse befindlichen Männern vorgenommenen Augenuntersuchungen führten zu folgenden Resultaten: durchschnittlicher intrapupillärer Raum — 55 mm, horizontaler Durchmesser der Cornea — 11 mm, horizontaler Pupillendurchmesser — 2½ mm. Die Sehstörungen waren von ungleicher Opticusdegeneration abhängig; die Sehkraft für Formen und Farben war abgeschwächt. Die ungleiche und abgeschwächte Bewegung der Iris hatte Unregelmässigkeit und Ungleichheit der Pupillen zur Folge, auch atactischen Nystagmus und Paresen. Oefters fand sich Pigmentirung des Augenhintergrundes und granuläre Beschaffenheit der Chorioidea.

Verf. hält diese verschiedenartigen Veränderungen, die durchaus nicht immer alle gleichzeitig vorhanden waren, nicht für örtlich bedingt, sondern für den peripheren Ausdruck des successiven Schwundes der allgemeinen Nervenkraft.

Meschede **(Königsberg), Ueber hysteriforme Anfälle im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. Vortrag bei der Naturforscher-Versammlung in Bremen. — Verhandlungen dieser Versammlung. Zweiter Theil, p. 342.**

Vortrag. lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass die paralytischen Anfälle nicht allein, wie bekannt, als apoplectiforme-epileptiforme oder einfache Ohnmachtsanfälle, sondern mitunter auch unter der Form hysterischer Anfälle auftreten können und theilt eine einschlägige Beobachtung mit.

Patient wurde, nach einem halbjährigen Vorstadium hypochondrischer Melancholie mit Lebensüberdruss, maniakalisch mit grosser Thatenlust mit Neigung zum Potus und zu sexuellen Excessen. Er zeigte ausgesprochenen Grössenwahn, Gedächtnissstörung, zitterige Sprache und zeitweise Unsicherheit des Ganges. Mehrere Monate später stellt sich der erste paralytische — und zwar unter dem Bilde eines hysterischen Anfalls — ein: plötzliches Gefühl der Schwäche und Hinfälligkeit, Gefühl grosser innerer Beengung, laute Schreiparoxismen, krampfhafte Aufblähung des Abdomen (in der für hysterische Anfälle charakteristischen Form), vorübergehende tetanische Starrheit einzelner Extremitäten und Sensibilitätsstörungen. Nach 1—2 Stunden war der Anfall vollkommen abgelaufen. In der Folge wechselten einfache paralytische mit hysteriformen Krampfanfällen.

Die Paralyse macht weiter ihren charakteristischen Verlauf bis zum letalen Ende.

(Bei der Discussion theilen *Smidt* (Kreuzlingen) und *Sioli* (Frankfurt) mit, gleichfalls hysterische Anfälle bei Paralytikern beobachtet zu haben.

Lailler **(Rouen), Betrachtungen über den Urin in der allgemeinen Paralyse. Vortrag beim psychiatr. Congress zu Rouen. —** ***Le*** **Progrès méd. No. 32 u. 33.**

Die Untersuchung des Urins Paralytischer ergab keine im Allgemeinen charakteristischen Veränderungen, wohl aber gewisse Eigenthümlichkeiten, die auf Krankheitsstadium und Form zu beziehen sind. Im prodromalen Depressionszustand steht die Gesammtmenge der verschiedenen durch den Urin ausgeschiedenen Abgänge unter dem physiologischen Mittel. Während des ängstlichen Deliriums sind die Ausscheidungen — trotz der unzureichenden Ernährung des Kranken — gesteigert. In der ersten Krankheitsperiode ist kohlensaures Ammoniak im Harn nicht aufzufinden, wohl aber in der letzten Periode — abhängig von der Parese oder Paralyse der Harnblase.

L. konnte bei 5000 Analysen von Urin Geisteskranker bei Paralytikern niemals Diabetes mellitus nachweisen, während unter den Kranken, welche an Diabetes litten, keiner die Symptome der allgemeinen Paralyse aufwies.

Auffallender Weise ist im Stadium der grössten intellectuellen Hyper-

Digitized by Google

activität die Menge der ausgeschiedenen Phosphorsäure nicht grösser, als unter normalen Verhältnissen.

Discussion:

Falret (Paris) hat in den Depressionszuständen der Paralyse oft Poly- und Aceturie beobachtet mit gleichzeitiger Steigerung von Temperatur und Puls.

Legrand de Saulle beobachtet des Oefteren melancholische Vorstellungen bei Diabetikern, die bei Besserung oder Hebung des Leidens wieder schwanden. Er leitet hieraus einen Zusammenhang ab zwischen geistiger Depression und transitorischem Diabetes der Paralytiker.

Charpentier beobachtete einen an sicher gestellter Paralyse leidenden Mann, der an intermittirender Glycosurie litt, bei einem Zweiten wechselte der intermittirende Diabetes mit Remissionen der psychischen Krankheitssymptome.

***Gellhorn,* Die Hallucinationen bei der Dementia paralytica und eine kurze Kritik derselben, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Hallucinationen. — Inaugural-Dissertation. Marburg.**

Gellhorn fand in 32 Krankengeschichten von Paralytikern, d. h. in $^1/_3$ des ihm zur Verfügung gestellten Materials das Auftreten von Hallucinationen erwähnt.

Bei der kritischen Prüfung dieser Beobachtungen konnte eine ganze Reihe dieser angenommenen Hallucinationen nicht festgehalten werden. Ein Theil derselben musste dem Gebiet der Illusionen zugewiesen werden, z. B. das Schwangerschaftsgefühl von Geisteskranken, welche an Stuhlverstopfung litten, welche einen Hängebauch oder eine greifbare Geschwulst im Unterleibe hatten.

Andere als Hallucinationen erklärten Erscheinungen erwiesen sich thatsächlich als hypochondrische Wahnvorstellungen, nicht, wie angenommen wurde, als Hallucinationen des Gemeingefühls. Wieder andere fälschlich gedeutete Aeusserungen standen in directer Abhängigkeit von Grössenwahn.

Eine weitere Quelle von Täuschungen liegt in der Verification von Träumen, welche demente Paralytiker nicht mehr von den Eindrücken in wachem Zustande zu unterscheiden vermögen.

Auch Personenverwechslungen, die bei den Paralytischen oft einfach auf ihrer Demenz, nicht auf Sinnestäuschungen beruhen, werden öfter fälschlich auf diese zurückgeführt.

Versuche des Autors, den Paralytikern Hallucination zu suggeriren, hatten keine Erfolge aufzuweisen.

***Lissauer* (Breslau), Sehhügelveränderungen bei progressiver Paralyse. — Deutsche medic. Wochenschrift. No. 26.**

Sehhügelveränderungen bei der progressiven Paralyse, bisher so gut als unbeachtet geblieben, verdienen deshalb eine gewisse Beachtung,

weil sie in Beziehung zu bestimmten klinischen Erscheinungen stehen können.

Der krankhafte Process der Paralyse tritt theils als Allgemeinerkrankung, theils als Heerderkrankung auf. Auf den diffusen Process sind die psychischen Symptome sowie die allgemeine motorische Unfähigkeit der Paralytiker zu beziehen, auf die heerdförmig localisirte Entzündungsform eine Reihe von Gehirnsymptomen, wie Aphasie, Paresen-Sensibilitätsstörungen, Hemiopie u. a. m. Die charakteristischen paralytischen Anfälle haben bekanntlich die verschiedenartigsten Heerdsymptome häufig im Gefolge und bilden sogar zumeist den Ausgangspunkt derselben.

Verf. ist geneigt, die paralytischen Heerdsymptome nicht auf die allgemeine pathologisch-anatomische Grundlage der Paralyse zu beziehen sondern specielle Veränderungen für dieselben anzunehmen und ist bemüht, auf Grund dieser Annahme ein besonderes Kapitel über die anatomischen Veränderungen bei Heerdsymptomen anzulegen.

Zunächst gelang es Verf. in Fällen, in welchen die Heerdsymptome nach ihrem acuten Einsetzen nicht, wie so häufig, alsbald wieder schwanden, sondern dauernd bis zum Tode nachweisbar blieben, charakteristische Befunde im Thalamus opticus, und zwar 9 mal nachzuweisen.

Diese Veränderung charakterisirt sich durch Verkleinerung und collabirtes Aussehen des Thalamus insbesondere des Pulvinar. Nach der Härtung ist die erkrankte Stelle heller gefärbt und erweicht. Mikroskopisch erkennt man — Fehlen der Ganglienzellen, Zerfall der Fasern und hochgradige Alteration des Zwischengewebes.

Die Erkrankung sitzt bei Weitem am häufigsten im hinteren Theile des Thalamus, im Pulvinar localisirt; sie scheint sich von hinten nach vorn auszubreiten. Miteinbegriffen in die Degeneration ist mitunter das Ganglion geniculatum internum, während die Regio subthalamica, die Vierhügel, Hirnschenkel und Haube in allen Fällen frei blieben.

In allen 9 Fällen waren intra vitam mehr oder minder ausgebreitete Heerdsymptome acut unter den Erscheinungen eines paralytischen Anfalls aufgetreten, 7 mal einseitig — mit der Sehhügeldegeneration auf die gekreuzte Seite, 2 mal doppelseitig — mit Erkrankung beider Sehhügel. In Fällen ohne dauernde Symptome wurden diese Veränderungen nur selten nachgewiesen. Verf. hält sie deshalb für charakteristisch. Er sucht aber keineswegs im Sehhügel die Ursache der klinischen Symptome, er hält vielmehr seinen Befund nur für den Ausdruck einer secundären absteigenden Degeneration — auf Grund von *Monakow*'s experimentellen Forschungen und aus eigenen beweisenden klinischen Befunden. Die weitere Aufgabe in vorliegenden Fällen liegt nun im Auffinden der centralwärts im Hirnmantel zu suchenden primären Heerde. Thatsächlich ist es auch unserem Autor gelungen, in einzelnen Fällen sowohl im Hemisphärenmark als in der Rinde

Digitized by Google

solche primäre Heerde zu finden, in andern aber bis jetzt noch nicht — Letzteres wohl nur in Folge der grossen Schwierigkeit derartiger Untersuchungen; stets wird aber gerade die aufgefundene Sehhügeldegeneration den Antrieb zu weiterer anatomischer Untersuchung abgeben. Sie wird uns nicht nur die Existenz einer solchen latenten Heerderkrankung verrathen, sondern unter Umständen auch andeutungsweise die Gegend seines Sitzes; denn die Sehhügelerkrankung bedeutet — je nach ihrer Lage und Grösse — eine grössere oder geringere Ausdehnung und eine andere topographische Vertheilung der supponirten primären Heerde im Hirnmantel; der Thalamus wird dadurch zu einem Index, welcher die in der Hemisphäre zerstreuten Heerde auf engem Raume in übersichtlicher Form neben einander aufführt und mit ungefährem Hinweis auf ihre Lage versieht. Am häufigsten haben sich pathologische Veränderungen im Stabkranz von Scheitel-, Hinterhaupt- oder Schläfelappen gefunden.

Bezüglich der klinischen Bedingungen, unter denen die Sehhügeldegeneration der Paralytiker zu Stande kommt, hat Verf. beobachtet, dass diese regelmässig entstehen, wenn im klinischen Bilde Heerdsymptome sensibler und sensorischer Natur vorwiegen, wie Hemiopie, sensorische Aphasie und Tastsinnstörung der Hand, während bei besonders hervortretenden motorischen Störungen die geschilderten Veränderungeu nur selten beobachtet werden.

Schliesslich ist noch zu bemerken, dass sich Verf.'s aprioristische Annahme, es würden sich die geschilderten Thalamuserkrankungen nur in Fällen finden, in denen die Heerdsymptome dauernde seien, nicht bestätigt hat, vielmehr wurden auch in einigen Fällen mit vorübergehenden Erscheinungen dieselben aufgefunden. Es besteht hier also kein principieller Unterschied.

Vorliegende Arbeit dürfte, obgleich ihre Resultate noch keineswegs hinlänglich gefestigt sind, zu weiteren interessanten Forschungen auf diesem neuen Wege anregen.

Schütz **(Leipzig), Ueber Veränderungen in den vorderen Vierhügeln bei der progressiven Paralyse. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte. — Verhandlungen dieser Gesellschaft. Leipzig, F. C. W. Vogel. Bd. II. p. 342.**

Vortrag., welcher im Anschluss an seine Untersuchungen über den Faserschwund im centralen Höhlengrau bei progressiver Paralyse auch die vorderen Vierhügel, die mit demselben durch Faserzüge in Verbindung stehen, untersucht, fand in der Mehrzahl der Fälle einen in seiner Intensität an den einzelnen Stellen verschiedenen, aber in der Regel deutlichen Faserschwund im oberflächlichen Grau der vorderen Vierhügel.

Bestimmte Beziehungen zwischen diesem Befunde und dem klinischen

Krankheitsbilde der Paralyse liessen sich vorläufig nicht auffinden, namentlich nicht bezüglich der reflectorischen Pupillenstarre.

Der Faserschwund in den vorderen Vierhügeln bei der progressiven Paralyse ist nur eine Theilerscheinung über das ganze Centralnervensystem verbreiteten Faserschwundes, der bestimmte Fasersysteme befällt, wie die Tangentialfasern der Grosshirnrinde, den grössten Theil der Fasern im centralen Höhlengrau u. a. m. Je nach der Intensität der Erkrankung einzelner dieser Fasersysteme ist das klinische Krankheitsbild der Paralyse in den einzelnen Fällen ein verschiedenes.

Das pathologisch-anatomische Substrat der progressiven Paralyse scheint vorwiegend eine Systemerkrankung und zwar jener Systeme feiner Fasern zu sein.

***Wagner*, Ein Fall von Trepanation in der allgemeinen Paralyse. — American Journal of Insanity. Juli.**

Es handelt sich hier um den Fall eines 32 Jahre alten verheiratheten Negers, der an vollkommen ausgebildeter Paralyse litt und bereits dement geworden war. Acht Monate nach seiner Anstaltsaufnahme wurde derselbe von einem zweistündigen Anfalle linksseitiger Convulsionen befallen. Der Anfall hinterliess eine partielle Paralyse des linken Armes und Beines, welche binnen 2 Tagen zu vollständigem Bewegungs- und Empfindungsverlust fortgeschritten war; zugleich bestand halbe Bewusstlosigkeit und Unfähigkeit zu sprechen.

Die Trepanation wurde in der Narkose und zwar direct über der rechten Fissura *Rolandi*, in ihrer Längsrichtung ausgeführt. Nach Entfernung eines ausreichenden Knochenstückes, Blosslegung und Eröffnung der Dura mater entleerten sich etwa 6 Unzen Flüssigkeit. Die Windungen erschienen abgeplattet und die Pia mater etwas milchig. Nach geschehener Auswaschung der Höhlung wurden die Schnittflächen der Dura genäht und die Wunde tränirt.

Der aus der Narkose erwachende Patient machte Bewegungen mit den Fingern der linken Hand und sprach einige Worte. Zwei Tage nach der Operation sprach er verständiger als seit Monaten und konnte seine Finger besser bewegen.

Am 7. Tage waren die Wundränder fest verschlossen. Patient war nunmehr im Stande, die linke obere Extremität fast ebenso gut wie die rechte zu bewegen und hatte im linken Bein Kraft genug zum Aufstehen und Umhergehen. Er erholte sich in der Folge rasch und war nach drei Wochen gewandter und gehfähiger als seit Monaten vor dem Anfalle; er wurde zugleich auch sehr redselig. Nachdem die erhöhte Activität drei Wochen gedauert, trat wieder die linksseitige Gliederschwäche und geistige Stumpfheit hervor; zeitweise stellten sich leichte linksseitige Spasmen ein. Nach einer weiteren Woche trat der Tod ein.

Ergebniss der Autopsie: Dura verwachsen, Schädelöffnung von einer

Digitized by

Membran überbrückt; keine acut entzündlichen Veränderungen. Chronische Pachymeningitis, viel Serum über der rechten Hemisphäre in der Nähe der Trepanationsstelle, Pseudomembran über die rechte Hemisphäre ausgedehnt; im rechten lateralen Sinus ein solider Thrombus. Auch die linke Hemisphäre von einer Pseudomembran bedeckt. Das Gehirn atrophisch.

Verf. bezieht die eingetretene Besserung nur auf die Trepanation, welche allein das Leben des Patienten um 2 Monate verlängert habe (?). Er spricht die Hoffnung aus, dass eine rechtzeitig vollzogene Trepanation in manchen Fällen den Krankheitsprocess aufhalten und das Leben der Kranken um mehrere Jahre verlängern könnten! Voraussichtlich dürfte sich die deutsche Psychiatrie nicht allzu rasch mit dieser Therapie der Paralyse befreunden! (Ref.)

***Uspenski, S. N.*, Paralysis progressiva auf alkoholischer Grundlage. — Gesammelte Abhandl. Moskau 1890.**

Die Paralysis progres. entwickelte sich bei einem chronischen Alkoholisten, welcher 17 Jahre stark getrunken. Diese langjährige Alkoholintoxication untergrub das ganze Nervensystem und war die Hauptursache zur Entstehung der Krankheit; andere ungünstige Lebensbedingungen beschleunigten nur die Entwickelung der Paralysis prog. Der Verf. unterscheidet nur die Paralysis prog. der Säufer von der alkoholischen Pseudoparalyse. Der Soff gab dem beschriebenen Falle nur gewisse eigenthümliche Zeichen, und zwar begann die Paralysis prog. mit epileptoiden Anfällen, die Hallucinationen waren von erschreckender Art und steigerten sich gegen den Abend; die Delirien waren dem gewöhnlichen Leben entnommen, deutlich ausgesprochener Tremor verschiedener Muskeln, ausserordentliche Geschäftigkeit, langsames Verblassen der Sinnestäuschungen und verschwommene und unklare Erinnerung an die Krankheit. Als besondere Zeichen des chronischen Alcoholismus in der allgemeinen Paralyse betrachten *Magnan* und *Legrand* den Grössenwahn und Selbstzufriedenheit, zu diesen fügt *Uspenski* noch Einförmigkeit und beschränkten Inhalt der Wahnideen.

A. v. Rothe.

Discussion über die Syphilis-Paralyse-Frage auf dem ersten französischen nationalen Congress für Psychiatrie zu Rouen, am 5. bis 8. August 1890. — Le Progrès médical No. 32 u. 33. (Referat im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, December.)

Dubuisson: Ueber die Aetiologie der allgemeinen Paralyse.

Während über die ätiologische Bedeutung der erblichen neuropathischen Belastung, des Alcoholismus, der Congestivzustände des Gehirns, der Schädeltraumen für die Entstehung der Paralyse Uebereinstimmung herrscht, sind die Ansichten bezüglich der Rolle der Syphilis getheilt und

zwar so sehr, dass Einzelne derselben überhaupt keinen Werth bei Entstehung der Paralyse einräumen, während Andere in ihr die Hauptursache sehen.

Die Häufigkeit der Paralyse hat zugenommen. Bei den Frauen liegt ihre Hauptursache im Alcoholismus. Die Statistik gibt folgende Zahlen: Aufgenommen wurden im Ganzen 6000 Kranke, unter welchen sich 1600 Paralytiker befanden. Die Ursachen dieser Paralysen waren — Alcoholismus 380, erbliche Belastung 300, geistige Ueberanstrengung 200, Syphilis 50, Schädeltraumen 50 mal. Hiernach würde der Syphilis keine grosse ätiologische Bedeutung zukommen, eine um so grössere aber dem Alcoholismus, endlich wären auch die Schädeltraumen mehr als üblich in Betracht zu ziehen.

Régnier, Die Beziehung der Gehirnsyphilis zu der allgemeinen Paralyse.

Gehirnsyphilis und allgemeine Paralyse sind zwei verschiedene, von einander unabhängige Erkrankungen. Eine Einwirkung der syphilitischen Infection auf die Entstehung der Paralyse ist nicht festzustellen; jene beschleunigt weder den Ausbruch der Paralyse, noch hält sie dieselbe zurück, noch endlich ändert sie ihren Verlauf. Es können zwar sich syphilitische Manifestationen von Seiten des Nervensystems bei Paralytikern, so gut wie jede andere Erscheinung der Lues entwickeln, aber beide Affectionen sind, auch wenn sie gleichzeitig auftreten, unabhängig von einander. Es gibt keine syphilitische allgemeine Paralyse; die unter diesem Namen dargestellten Fälle sind entweder solche von Gehirnsyphilis und keine Paralysen, oder es sind allgemeine Paralysen, in deren Verlauf zufällig specifische Erscheinungen auftreten, welche in keiner Weise die Grundzüge der Erkrankung ändern.

Régis, Ueber Syphilis und allgemeine Paralyse.

R. theilt folgendes Ergebniss mit: Unter 21 Paralytikern (20 Männern und 1 Frau) wurde Syphilis 18 mal bestimmt nachgewiesen, einmal war sie zweifelhaft, 2 mal wurde sie in Abrede gestellt; sie bestand also in einem Verhältniss von 85,71 pCt.

Die Paralyse tritt durchschnittlich 12—13 Jahre nach der Infection auf, wahrscheinlich um so eher, je kürzer und weniger dieselbe behandelt wurde. Doch gibt es hierüber keine allgemein gültigen Regeln.

Die meisten luetisch genesenen Paralytiker bieten keine Erscheinungen der Syphilis mehr, nur selten finden sich frischere oder ältere Spuren derselben. Auch bei der Nachkommenschaft solcher Paralytiker finden sich selten Erscheinungen der Syphilis, vielmehr oft ganz gesunde Kinder. Dagegen treffen wir in der Descendenz luetischer Paralytiker nicht gerade selten Neigung zu Gehirncongestionen und zu gichtischen Affectionen.

Digitized by Google

Bei den früher syphilitischen Paralytikern werden alle klinischen Formen der Paralyse beobachtet, besonders häufig die remittirenden und intermittirenden Formen.

Cullerré, Gleiches Thema.

C. konnte bei 42 pCt. seiner Paralytiker (aber häufiger bei den Männern als bei den Frauen) vorausgegangene Syphilis nachweisen. Die luëtischen Paralytiker sind weit häufiger junge als ältere Leute. Die Syphilis allein erzeugt aber die Paralyse nicht, es bedarf noch der Mitwirkung anderer Ursachen. So waren von 25 Kranken 15 erblich belastet und zwar 6 direct, 9 collateral. Weitere mitwirkende Ursachen sind Ueberanstrengungen, Tanzen, längerer Aufenthalt in den Tropen. Die luëtische allgemeine Paralyse zeigt keine besonderen Erscheinungen, sie scheint aber durch eine specifische Behandlung beeinflusst zu werden.

Voisin, Die Bedeutung der Syphilis in der allgemeinen Paralyse.

Die Statistik von *Règis* taxirt die Bedeutung der Syphilis in der Aetiologie der Paralyse zu hoch. Der Erweis müsste durch Sectionen erbracht werden, denn die klinischen Erscheinungen allein sind häufig unzuverlässig und gestatten keine scharfe Trennung zwischen Paralyse und Gehirnluës. *V.*'s Erfahrungen nähern sich mehr denen von *Régnier*, denn unter 560 Fällen von Paralyse konnte er nur 9 mal zweifellose Syphilis feststellen. Die Erhebung der Anamnese genügt nicht, auch Symptome der Syphilis müssen nachgewiesen werden, welche fast immer im tertiären Stadium, in welchem allein sich der Luës analoge Erscheinungen bieten, aufgefunden werden können. Bei der Hirnsyphilis trifft man folgende differente Symptome: andauernden Kopfschmerz, partielle Lähmungen, Hemiplegien, Augenmuskelparalysen, epileptiforme Anfälle. Dagegen fehlt das für die Paralyse so charakteristische Symptom der Euphorie und Selbstüberschätzung. Endlich wird die Hirnluës von der Paralyse durch die Erfolge einer anti-luëtischen Behandlung unterschieden; man sollte dieselbe in frischen Fällen niemals unterlassen.

Rouillard, Gleiches Thema.

Auch *R.* spricht sich gegen *Règis* aus. Man solle nicht da nach Syphilis suchen, wo sie nicht vorhanden sei. Patienten erklärten nicht selten einen weichen Schanker für Syphilis. Dagegen haben Insolation, Traumen, sexuelle Excesse, Ueberanstrengungen einen zweifellosen Einfluss auf die Entstehung der Paralyse. Für den Alcoholismus gelte die gleiche Vorsicht wie für die Luës, denn alkoholische Excesse können sehr wohl erst nach Beginn der Paralyse begangen werden und folglich nur eine symptomatische Bedeutung haben.

Charpentier: Die allgemeine Paralyse syphilitischen Ursprungs unterscheidet sich nicht von der echten; sie wird nicht durch antiluëtische Be-

Digitized by Google

handlung geheilt; sie ist im Ganzen nicht häufig. Vielleicht gibt es diffuse interstitielle Sklerosen specifischen Ursprungs.

Cullerré: Es existirt eine cerebrale, von der allgemeinen Paralyse verschiedene Syphilis, aber auch eine syphilitische allgemeine Paralyse. Der Einfluss der Insolation sowie des Alcoholismus kann nicht in Abrede gestellt werden, doch bedarf es noch eines weiteren Krankheitsfactors, z. B. der erblichen Anlage zu Psychosen; in analoger Weise muss auch die Wirkung der Syphilis bei der Entstehung der Paralyse aufgefasst werden.

Voisin und *Rist* äussern den Wunsch, es möchten sich die einzelnen Beobachter über die Zeichen einer früheren Syphilis mehr einigen. Die verschiedenen Ergebnisse der Statistik seien nur dadurch zu erklären, dass dergleichen Symptome von dem einen Autor für specifisch, von dem andern für nicht luëtisch gehalten würden.

Malfilatre hat in seiner Anstalt in 45 Jahren nur 3 Paralytiker aufgenommen, unter denen ein Einziger hereditär syphilitisch war.

Morel-Lavallée: Der Schanker wird in der Vorgeschichte der Paralyse zu häufig festgestellt, als dass man nicht an einen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen denken sollte. Die Seltenheit der allgemeinen Paralyse fällt mit der Seltenheit der Syphilis zusammen. Die anscheinend leichtesten syphilitischen Erscheinungen haben am häufigsten cerebrale Symptome im Gefolge. Aber die Syphilis allein löst die Paralyse nicht aus, die ihr zukommende Rolle lässt sich zur Zeit noch nicht genügend feststellen.

Laurent: Ebenso wie die Syphilis ist auch die Paralyse im Département Seine inférieure am meisten verbreitet. Doch hat *L.* eine Beobachtung gemacht, nach welcher bei einem Luëtischen nicht echte, sondern Pseudoparalyse auftrat.

Doutrebente (Blois) theilt mehrere Fälle von allgemeiner Paralyse mit, welche durch antiluëtische Behandlung gebessert oder geheilt wurden. Bei Allen war alte Syphilis festzustellen. Er gibt deshalb den Rath, in allen Fällen, in welchen eine bestimmte Differentialdiagnose zwischen allgemeiner Paralyse und auf Syphilis beruhender Pseudoparalyse nicht zu stellen sei, eine antisyphilitische Behandlung vorzunehmen, da durch diese Therapie eine grössere Zahl von Fällen geheilt oder wenigstens gebessert werde.

Bjelakow, **Pachycephalia et Dementia paralytica praecox in einem Falle von erblicher Syphilis. — Wjestnik psychiatry. Bd. 7. Heft 2.**

Vater Syphilis, Mutter Selbstmord, Patient in der Jugend schwach entwickelt, hereditäre Syphilis. Schädel asymmetrisch mit bedeutender Ver-

Digitized by Google

dickung der Knochen, im 21. Lebensjahre kam er in die Anstalt Allerleidtragenden, klagt über Kopfschmerz, Verfolgungswahn bei sichtbarem Schwachsinn, später Grössenwahn, welchem apathischer Blödsinn folgte. Vier Monate vor dem Tode epileptische Anfälle überwiegend der rechten Seite. Die rechtsseitige Parese war nicht constant. Schliesslich Somnolenz, Zucken der rechten Körperhälfte, unwillkürliche Urin- und Stuhlentleerung, Decubitus und Tod.

Section. Kopfknochen, besonders das Stirnbein, stark verdickt, die Innenfläche zeigt eine bedeutende Anzahl kleiner Löcher (usurirt), der ganze Schädel asymmetrisch; rechte Schädelhöhle bedeutend grösser als links, Lambda- und Pfeilnaht verknöchert, Osteophyten. Dura mater verdickt, Innenfläche mit dicken Pseudomembranen bedeckt, mit Ausnahme der Basis. Arachnoidea und Pia ebenfalls verdickt, letztere stark hyperämisch, ödematös mit den Hirnwindungen verwachsen. Die Gehirnwindungen auf der Höhe des Scheitellappens erweicht. Arteria basilaris et cerebri media stark verdickt. Die Windungen schmal, ebenso die ganze graue Substanz, welche zugleich hyperämisch war. Gehirnganglien und Rinde des kleinen Gehirns sehr blutreich. Beiderseitiger bedeutender Hydrocephalus int. Die Ependyma aller Ventrikel, besonders aber des Vierten, körnig. Gewicht des Gehirnes mit den Häuten 1013 ohne 909 g, rechte Hemisphäre 391, linke 372, Kleinhirn und Oblongata 146, rechter Stirnlappen 95, linker 94 g. Schädelinhalt nach *Broca* 1035 ccm.

Mikroskopische Untersuchung. Gehirngefässe an vielen Stellen verdickt. Wucherungen der Ependyma. Fettig-körnige Degeneration der Nervenzellen und Atrophie der Nervenfasern.

An der Innenfläche des Schädeldaches eine bedeutende Anzahl theils grosser, theils kleiner Osteophyten; oberflächliche und tiefe Ostitis. Gummata besonders in dem Stirnbeine. *A. v. Rothe.*

Siemerling (Berlin), **Zur Syphilis des Centralnervensystems. — Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XXII. H. 1 u. 2.**

Verf. theilt 3 beachtenswerthe Fälle von Syphilis des Centralnervensystems mit, welche eine sehr eingehende klinisch und pathologisch-anatomische (auch mikroskopische) Würdigung finden.

1. 47jährige Frau, Potatrix strenua. Bereits $1^1/_4$ Jahr nach der antisyphilitischen Behandlung treten spinale Symptome — Lähmung der Beine — ein mit Herabsetzung der Kniephänomene, Minderung der Schmerzempfindlichkeit an der linken unteren Extremität, Incontinentia alvi et urinae. Im weiteren Verlaufe — zuerst Steigerung, dann normales Verhalten der Kniephänomene — keine cerebralen Erscheinungen.

Autopsie: Myelitis transversa im unteren Dorsaltheile in Folge von gummöser Neubildung, die von der Pia ausgehend, die weisse und graue Substanz des Marks, sowie die Wurzeln ergriffen hatte. Hochgradige Gefässveränderungen. Kleiner Erweichungsheerd im Mittelhirn.

2. 65 Jahre alte Frau, 1878 von secundären syphilitischen Erscheinungen befallen; 4 Jahre später, 1882, stellte sich Doppeltsehen und linksseitige Augenmuskellähmung ein, im December 1887 wurden die Beine paretisch. 26. December 1887 — rechtsseitiger apoplectiformer Anfall, der sich nach einigen Tagen wieder besserte. Seitdem Abnahme der geistigen Fähigkeiten. Januar 1888 — Demenz mit Stimmungswechsel, hochgradige rechtsseitige Parese mit Betheiligung des Facialis, geringe Parese des linken Beins, reflectorische Pupillenstarre, linksseitige Oculomotoriuslähmung, Kniephänomen beiderseits gesteigert. In der Folge — Tod im Collaps.

Autopsie: Erweichungsheerd im linken Corpus striatum, Linsenkern und innerer Kapsel, Gummata im linken Linsenkern und Thalamus opticus, in den Hirnschenkel hinein sich fortsetzend. Atrophie des Zungengrundes. Mikroskopischer Befund: Kerne beider Oculomotorii atrophisch, desgleichen die gleichnamigen Nerven und die von ihnen versorgten Muskel, kleinere Gummigeschwulst im rechten Hirnschenkel, Gefässveränderungen, Atrophie der Optici. Im Rückenmark: Verdickungen der Pia, hochgradige Gefässveränderungen, aufsteigende Degeneration der Hinterstränge ausgehend von einer gummösen Wucherung des unteren Dorsaltheils, ausgedehnte Blutungen im Halsmarke. Hintere Wurzeln partiell atrophisch degenerirt.

3. 42jährige Frau wird nach 3 vorausgegangenen linksseitigen Schlaganfällen und epileptoiden Krämpfen im Februar 1888 aufgenommen. Link-Hemiparese mit Betheiligung des Facialis, Schwäche des rechten Beines, rechts erloschener Pupillenreflex und Hemianopsie, näselnde, langsame Sprache, Kniephänomene erhalten, später wechselnd. In der Folge wiederholte epileptiforme Anfälle von bulbären Symptomen gefolgt. Sensibilitätsprüfung nicht möglich. Tod im Coma.

Autopsie: völlige Erweichung der linken Hemisphäre, wallnussgrosse Gummigeschwulst im linken Schläfelappen, Sklerose der Basalarterien, Blutungen im Pons, Degeneration der rechten Pyramidenbahn, Infiltration des Chiasma, Atrophie der Optici und Oculomotorii. Rückenmark: Verdickungen der Häute, gummöse Myelitis, Degeneration des linken Seiten- und rechten Vorderstrangs im Pyramidensystem, Gefässveränderungen, Degeneration der Hinterstränge, Blutungen im Halsmark, Atrophie der Wurzeln.

Bei einer vergleichenden Uebersicht der 3 geschilderten Fälle, welche alle als Hirn- und Rückenmarkssyphilis durch ihren anatomischen Befund angesprochen werden müssen, ergibt sich, dass dieselben intra vitam so grosse Verschiedenheiten bezüglich des Hervortretens der einzelnen Symptome boten, dass der erste Fall als spinales, der zweite als cerebrales und nur der dritte als cerebrospinales Leiden diagnosticirt werden konnte. — Die anatomischen Veränderungen waren die bekannten — Gefässerkrankungen, diffuse Infiltrationen und abgegrenzte Gummigeschwülste, deren Sitz maassgebend für die wechselnden Symptomengruppen waren.

Digitized by Google

Psychischerseits litten alle 3 Patientinnen an Dementia; da weitere psychiatrische Beobachtungen an denselben nicht anzustellen waren, müssen wir an dieser Stelle darauf verzichten, auf die interessanten epikritischen Erörterungen des Autors näher einzugehen.

Bauke **(Wasserheilanstalt Sonneberg i. Th.), Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. — Berliner klin. Wochenschr. No. 42.**

Gegenüber der im Allgemeinen nicht günstigen Prognose der cerebralen und spinalen luetischen Erkrankungen theilt Verf. die in der Wasserheilanstalt Sonneberg übliche Therapie — die Verbindung der Quecksilberschmiercur mit der Wassercur — mit, welche gute Erfolge aufweisen soll.

B. sieht gerade in der Combination dieser beiden Curen den günstigen Einfluss. Das durch die Haut aufgenommene Quecksilber schädigt den Syphilispilz in seiner Lebensenergie und bringt seine Producte, die syphilitischen Neubildungen und Umwandlungen im Gehirn- und Rückenmark, zum Zerfall und zur Resorption. Die Wassercur fördert die Functionen der Haut, ihre Innervation, Circulation und Ernährung, beeinflusst aber auch den gesammten Blutlauf, die Blutbeschaffenheit, die Stoffwechsel- und Erährungsvorgänge; sie wirkt so indirect auch auf das centrale Nervensystem.

Eine solche combinirte Cur wirkt rascher als die einfache Quecksilbercur und sie vermindert zugleich ihre Gefahren, weil durch Steigerung der Se- und Excretion das Quecksilber weit rascher wieder aus dem Körper entfernt wird. Bei geschwächten Individuen ist überhaupt nicht selten eine specifische Behandlung ohne eine gleichzeitige tonisirende Wassercur gar nicht anwendbar.

Wichtig ist die Wahl der Badetemperatur, welche, wie bei Erkrankungen des centralen Nervensystems im Allgemeinen, nie warm oder kalt, sondern lauwarm oder kühl (26—16° R.) sein muss; wärmere oder kältere Bäder können sehr schädlich wirken.

In Sonneberg erhält der Patient jeden Tag eine Einreibung von 3 bis 4 g Ungt. ciner. und ein Halbbad von 24—18° R. und 2 Minuten Dauer, das Bad um 6 Uhr, die Einreibung um 9 Uhr Abends. Jeden fünften Tag wird die Schmiercur ausgesetzt. In der Regel reichen 30—40 Einreibungen zu einer erfolgreichen Cur aus. Jedem Halbbade folgt eine kräftige Frottirung des Körpers.

Die Gesammtcur dauert 6—16 Wochen, die Schmiercur 4—6 Wochen; nach derselben soll — zur Förderung der Ausscheidung der Rückbildungsproducte noch einige Wochen weiter gebadet werden. In manchen Fällen ist es auch zweckdienlich, nach der Inunctionscur noch Jodkali 3 g, täglich einige Zeit hindurch zu geben.

Auch die Elektricität (constanter Strom) kann, nach Beseitigung der schwersten Symptome zur Unterstützung der Cur beigezogen werden (namentlich bei restirenden Lähmungen, Neuralgien, Coordinations- und Sensibilitätsstörungen).

Die geschilderte Cur ist einzuleiten bei fast allen Erkrankungen des Centralnervensystems mit nachgewiesener oder mit Sicherheit anzunehmender syphilitischer Vorgeschichte — also bei ausgesprochener Rückenmarks- oder Gehirnsyphilis, aber auch — nach vorangegangener Luës — bei Tabes und progressiver Paralyse. *B.* will im Gegensatze zu anderen Autoren — auch bei letztgenannten Erkrankungen durch die Anwendung der geschilderten combinirten Cur niemals nachtheilige Folgen gesehen haben.

Die Mittheilung von 3 Krankheitsgeschichten beschliesst den Aufsatz.

Gajkiewicz, W., Klinische Vorlesungen No. 18. 19. 20. Die Syphilis des Nervensystems. — Monographie, 94 Seiten. Warschau 1890. Polnisch.

In einer gedrängten und kurzen, aber klar und deutlich geschriebenen Abhandlung stellt *G.* Alles das zusammen, was in der sehr reichhaltigen ausländischen Literatur über diesen Gegenstand geschrieben worden und erläutert dasselbe durch 50 kurze Krankengeschichten aus der eigenen Praxis.

Verf. ist Arzt der Nervenabtheilung am Warschauer israelitischen allgemeinen Krankenhause.

Zuerst bespricht er die pathologische Anatomie, ein besonderes Gewicht auf die Erkrankung der Blutgefässe legend, um die Blutversorgung des Gehirns deutlicher zu machen, ist der Abhandlung eine sehr gute chromolithographische Tafel „die Blutgefässe des Gehirns" beigefügt.

In weiteren Abschnitten behandelt er: A) die Syphilis der Hemisphären; B) die der Pedunculi cerebri, des Pons varoli, der Medulla oblongata und des kleinen Gehirns; C) die Syphilis des Rückenmarkes und D) die der peripheren Nerven.

Am ausführlichsten und eingehendsten behandelt *G.* die Syphilis des Rückenmarkes, besonderes Gewicht auf die Systemerkrankung desselben legend und betonend, dass in klinischer Beziehung die Syphilis unstreitig derartige Erscheinungen hervorruft, welche als charakteristisch für gewisse Systemerkrankungen gelten.

Da die Tabes dorsalis in der Systemerkrankung des Rückenmarkes obenan steht, führt *G.* die Meinungen der verschiedenen Autoren in Bezug der ätiologischen Frage an, ob die Tabes in Folge von Syphilis entsteht oder nicht, und spricht seine Bemerkungen aus, welche er bei der Beobachtung und Behandlung von 400 Kranken, theils in der Hospital-, theils in der Privatpraxis gesammelt und gezogen hat.

Die Anamnesis erwies bei 90 pCt. aller seiner Kranken, dass dieselben

Digitized by Google

an Syphilis gelitten; auffallend ist es, dass, obgleich die Lues bei Frauen durchaus nicht zu den Seltenheiten gehört, die Tabes nur ganz ausnahmsweise bei 9 Frauen gefunden wurde. Die Behandlung mit Quecksilber und Jod wurde häufig verordnet, brachte jedoch nur in wenig Fällen eine subjective, niemals aber eine objective Besserung zu Stande.

Die Syphilis ist unter den Juden sehr stark verbreitet, häufig auch wurden syphilitische Erkrankungen des Nervensystems beobachtet; Tabes jedoch wurde nur in 13 Fällen (400 Kr.) constatirt. Zu bedauern ist es, dass *G.* die Zahl der Juden, welche er unter seinen 400 Kranken behandelt, nicht genau angibt, um so viel mehr da seine Beobachtungen mit den in Moskau gemachten in grellem Widerspruche stehen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass eine diffuse syphilitische Erkrankung des centralen Nervensystems temporär das klinische Bild der Tabes (Pseudotabes syph.) geben kann, andererseits aber bewirkte syphilitische Erkrankung der Rückenmarkhäute ganz ähnliche Erscheinungen. Zu den Fällen von Pseudotabes syph. rechnet *G.* solche, welche ausserordentlich rasch, in der Zeit von einigen Wochen entstehen und geheilt werden. Solcher Fälle führt er 4 an.

G. folgert aus dem Mitgetheilten, dass die Frage der Systemerkrankung des Rückenmarkes im Allgemeinen und die der Tabes im Besonderen noch zu den offenen gehört und dass es erst entschieden werden muss, ob die Syphilis primär die Zellen und Nervenfasern des Rückenmarks ergreift oder ob der Ausgangspunkt der Systemerkrankung des Rückenmarks in der Neuroglia zu suchen ist.

Die Arbeit verdient volle Anerkennung wegen ihrer ausserordentlich fleissigen Zusammenstellung, der klaren Sprache und weil sie die erste vollständige Arbeit in polnischer Sprache ist, die diesen Gegenstand behandelt. *A. v. Rothe.*

---

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Ref.: Stark-Stephansfeld.

Zenner, Th., **Behandlung der Epilepsie. — Journal of nervous and mental dis. December.**

Z. ist der Ansicht, dass, wenn auch in wenigen chronischen Fällen von Epilepsie unsere therapeutischen Maassnahmen ohne Einfluss sind, doch in der grossen Mehrzahl der Fälle durch eine sorgfältige Behandlung, die grosse Geduld des Arztes und volles Vertrauen des Kranken erfordert, ein wesentlicher Erfolg erzielt werden kann. *Z.* warnt vor einer zu pessimistischen, wie einer zu optimistischen Auffassung. Die Auswahl der Behandlungsmethode, verlangt in jedem einzelnen Falle ein genaues Studium

der Aetiologie. Eine sorgfältige Untersuchung auf constitutionelle wie locale Erkrankungen ist nothwendig. Störungen des Digestionstractus — *Z.* erzählt von einem 50jährigen Mann, der seit 18 Monaten 10 epileptische Anfälle hatte und durch Abtreiben eines Bandwurms geheilt wurde. Erkrankungen des Urogenitalsystems, des Augenapparates und der Nasenschleimhaut kommen als Ursachen der Reflexepilepsie besonders in Betracht. Die Beseitigung der localen Erkrankung ist nur als ein Theil der ärztlichen Aufgabe anzusehen; die allgemeine Behandlung, besonders die Hydrotherapie, darf dabei nicht vernachlässigt werden.

Bei chronischer Epilepsie sind die antiepileptischen Mittel am Platze. Digitalis wird bei gleichzeitiger Herzschwäche und Störungen der Circulation empfohlen. Belladonna ist ein wichtiges Unterstützungsmittel der Brombehandlung. Letztere darf nicht mechanisch angewandt werden, vielmehr erfordert jeder einzelne Fall hinsichtlich der Höhe der Dosis und der Darreichungsweise seine individuelle Behandlung. Auf die Nachtheile der Bromsalze sowie die Gefahr des plötzlichen Aussetzens wird aufmerksam gemacht. Einige neuere Mittel Borax, Amylenhydrat, Antifebrin, Antipyrin, Osmiumsäure und Nitroglycerin werden kurz besprochen.

Zum Schluss erwähnt *Z.* die chirurgische Behandlung der Epilepsie: die Ligatur einer oder beider Vertebralarterien sowie die Trepanation. Ersteres Verfahren wurde bisher in 39 Fällen von 4 Operateuren gemacht. Die Resultate sind unsicher. *Walsham* stellt 82 Fälle von Trepanation zusammen, unter diesen sind 47 als geheilt und 13 als gebessert angeführt. Wenn man jedoch von Heilungen sprechen will, so kann man dies nur, nachdem die Convulsionen längere Zeit — *Horsley* verlangt 5 Jahre — fortgeblieben sind. Die Trepanation ist meistens nur in Fällen von traumatischer Epilepsie indicirt, bei nicht traumatischer Epilepsie nur in Fällen vom *Jackson*'schen Typus. Ein Urtheil über den Werth dieser Operationen hält *Z.* noch für verfrüht. *Vorster.*

***Bakowski*, Neun Monate dauernde Epilepsie in Folge von cariösen Zähnen. Ein Beitrag zur Casuistik der Reflexepilepsie. — Internat. klin. Rundschau No. 39.**

Ein 16jähriges erblich belastetes Mädchen erkrankte an hystero-epileptischen Anfällen, gegen welche Aqua antihysterica, Brom, Arsenik vergeblich angewendet wurden. Die Anfälle kehrten schliesslich täglich wieder, blieben aber dann nach Extraction von zwei cariösen Zähnen ganz weg.

***Kramer, Leopold*, Ueber Epilepsia cursoria seu rotatoria. — Zeitschrift f. Heilkunde. XI. 4. *Schmidt*'s Jahrbücher. 1891. 4.**

Bei einem 26jährigen, hereditär nicht belasteten Manne, der das Bild einer genuinen Epilepsie mit Aura und nachfolgender Verworrenheit, bezw.

Digitized by Google

tobsüchtiger Erregung darbot, fanden sich intercurrent Anfälle von Rechtsdrehen um die eigene Körperaxe, denen manchmal, aber nicht immer, ein typischer epileptischer Krampfanfall folgte. Einige Male erfolgte die Drehung nicht nach rechts, sondern nach links; auch ein unmittelbares Nacheinanderauftreten der rechts- und der linksseitigen Drehungen während desselben Anfalles wurde beobachtet. Daneben traten bei dem Pat. Anfälle von Laufen und Manègebewegungen auf. Für die Anfälle bestand keine oder nur summarische Erinnerung. Die Art und Weise des Auftretens des Laufens oder der Rotation war also eine zweifache; entweder bildete sie eine Art Aura, welcher der typische Anfall folgte, oder aber sie machte für sich allein den Insult aus. Der Tod wurde durch eine Variolaerkrankung herbeigeführt; die Section ergab nur mässige Hirnatrophie, keine Heerderkrankung. *S.*

***Camuset*, Ein Fall von Tetanus bei einem Epileptiker. — Arch. de Neurol. Juli.**

B., 48 Jahre alt, hatte in frühester Jugend Convulsionen und seit dem 28. Jahre epileptische Anfälle. Im Anschlusse an dieselben traten später Wuthanfälle ein, welche im Januar 1888 die Aufnahme in die Irrenanstalt nöthig machten. Ausser den grossen Anfällen leidet Pat. an häufigen Abwesenheiten. Der Kranke ist dement, hat ein chronisches Verfolgungsdelir und die Sucht zu zählen. Bei der Aufnahme war eine in der Heilung begriffene Brandwunde am Handrücken vorhanden. 8 Tage später klagt Pat. über Schmerz und Steifigkeit der Masseteren, es tritt Trismus ein und nach wenig Tagen allgemeiner Tetanus. Häufig tetanische Anfälle, Temperatur zwischen 39° und 40°, Dysphagie, Retentio urinae, unter Anwendung von Chloral trat vom 10. Tage an allmälige Besserung ein. Am 12. Tage epileptischer Anfall mit tonischen und clonischen Convulsionen, nach demselben volle Erschlaffung der Muskeln. Nach vollständigem Ablauf des epileptischen Anfalles trat die tetanische Starre der Muskeln wieder ein. In der 5. bis 6. Woche war der Tetanus geheilt.

Die Thatsache, dass bei dem Kranken mit dem Auftreten eines epileptischen Anfalles die tetanischen Erscheinungen für die Dauer dieses Anfalles verschwinden, erklärt Verf. auf folgende Weise: die tetanischen Erscheinungen beruhen auf einem Reizzustande der motorischen Zellen im Bulbus und in dem Rückenmarke, der epileptische Anfall dagegen ist cerebralen Ursprunges. Im vorliegenden Falle gehorchen die Zellen des Rückenmarkes dem vom Gehirn ausgehenden Befehle, obgleich sie sich in einem besonderen (tetanischen) pathologischen Zustande befinden. Sie kehren in diesen tetanischen Zustand zurück, sobald die cerebrale Entladung erschöpft ist. Sie gehorchen den cerebralen Zellen in Folge der Unterordnung des Rückenmarkes unter das Gehirn.

***Gonzales, Ed.* e *Verga, G. B.*, Worttaubheit, Wortblindheit etc.; Epileptische Anfälle. — Arch. ital. etc. Bd. XXVII. H. 6.**

Ein wegen schweren Diebstahls in Untersuchung befindlicher 27jähriger Mann wird im Gefängniss bewusstlos gefunden und bringt später nur 8—10 Worte vor, wie „essen, trinken, rauchen, schreiben" u. s. w. Man hält ihn, da sein sonstiges Befinden gut ist, für einen Simulanten, wie das in ähnlichen Fällen regelmässig geschieht. Die Anamnese und längere Beobachtung in der IA. Montebello ergab erbliche Belastung, Schädel- und Gesichtsasymmetrie; Tub. frontal. dext. stärker entwickelt; grössere Druckkraft der rechten Hand; rechte Pupille weiter als die linke. Kurzsichtigkeit. Gehör gut. Pat. hört Geräusche, Musik, Gesang, aber nicht die an ihn gerichteten Worte; er kann nicht lesen, nicht schreiben, spricht als Antwort auf Fragen, die er durch Gesten erkennt und von den Lippen des Sprechenden absieht, nur etwa 10 unpassende Wort als: gut, schön, dumm, rauchen, essen u. s. w., äfft die Bewegungen Anderer wie ein Kind nach. — Hypnotisirt bekam er Beängstigungen und einen epileptiformen Anfall und rief: dumm, dumm.

Auf Grund der 6 Monate lang sich gleich bleibenden Symptome, bei denen von Simulation nicht die Rede sein konnte, stellten die Verfasser die Diagnose auf Geistesschwäche mit Amnesie, Wort-, Taub- und Blindheit bei epileptiformen Anfällen. Gleichwohl erwachte Pat. noch in der Anstalt aus dem Betäubungszustand, verstand und sprach ordentlich, las, verlangte nach seinen Verwandten u. s. f., in Folge dessen er, entgegen der Ansicht der Aerzte, für vollkommen zurechnungsfähig erklärt und zu 1 Jahr Gefängniss verurtheilt. Nach seiner Entlassung brachen regelrechte epileptische und Tobsuchtsanfälle aus. *Fr.*

***Gallerani, Giov.* u. *Lussana, Fel.*, Das Cinchonidin. Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie. — Rivista sperim. di Freniatr. Bd. XVI. H. 3.**

Schwefelsaures Cinchonidin wurde bei Tauben und Hunden geprüft. Kleine Gaben (0,30—0,60 täglich) förderten auch beim Menschen die Esslust, grössere (0,60—1,5) erregten Uebelkeit, Erbrechen, Kolik und Durchfall; dazu nach 1 Stunde Gesichtsstörungen, Ohrensausen, hartnäckigen Kopfschmerz, Schwäche in den Beinen, Depression (*Arnott*, *Marty*). Gaben von 2—2,5 g per os verursachten beim Menschen Subsult. tendin., Herzklopfen, Schwindel, allgemeine Prostration bis zu Coma.

Marty sah auch tonische Krämpfe; der Temperaturabfall verlor sich nach einigen Stunden. — Subcutane Injection in Dosen von 0,10—0,2 verursachte bei den Tauben: Betäubung, Schwanken, tonische und clonische Bewegungen der Flügel und Beine; bei Hunden in Dosen von 0,75—1,75 auf 1 Kil. Körpergewicht — Hallucinationen und Delirien, tonische und clonische Bewegungen — auch nach Abtragung des Gehirnes. Speichel-

Digitized by Google

fluss, Pupillenerweiterung. — Die physiologischen Erörterungen und die Kritik der Beobachtungen anderer Autoren (Chirone u. s. w.) würden hier zu weit führen. — Convulsionen nach subcutaner Injection des im Chinin enthaltenen Cinchonidin bei Menschen sind beobachtet worden und werden Beläge dafür im weitern Verfolge der sehr interessanten Arbeit vermuthlich mitgetheilt werden. *Fr.*

***Yemans*, Trepanation bei Epilepsie. — Occident. med. Times. December. Centralblatt f. Chirurgie.**

Y. stellt in der medicinischen Gesellschaft in San-Francisco einen jungen Mann vor, dem vor 4 Jahren ein Mauerstein auf den Kopf gefallen war. Es entwickelten sich epileptische Anfälle, welche seit 2 Jahren bestanden, als *Y.* sich zur Trepanation entschloss. Seitdem keine Anfälle mehr. Im Gegensatz hierzu berichtet *Wanzer* über einen Fall, in welchem die Anfälle nur einige Zeit schwanden, dann aber wiederkehrten. *S.*

***Charcot* et *Guinon*, Das Oedem der Hysterischen. — Le progrès médical, 41. 42.**

Schon *Sydenham* hat eine Form des Oedemes Hysterischer beschrieben, welches sich von dem hydropischen Oedem dadurch unterscheidet, dass es Morgens stärker als Abends ist, dass es nach Fingerdruck keine Delle hinterlässt, und dass es häufig nur ein Bein befällt. *Charcot* bezeichnet dieses Oedem als weisses. Er hat bei Hysterischen eine andere Form von Oedem beobachtet, welches hart ist und sich durch beträchtliche Herabsetzung der Temperatur und durch dunkelblaue oder violette Färbung der Hautdecken auszeichnet, daher die Bezeichnung blaues Oedem. Dasselbe besitzt bestimmte klinische Charactere und ist bald mit sensibeln, bald mit motorischen Störungen verknüpft.

1. Fall. 17jähriges Mädchen, schon länger hysterisch, wird plötzlich von einer Contractur des Fusses befallen, zugleich stellt sich beträchtliches hartes Oedem von Fuss und Unterschenkel ein. Die Haut ist dunkel violett gefärbt, trocken und kalt. Hyperästhesie und Schmerzen am Fuss und Unterschenkel. Die Affection verlor sich nach 1 Monate mit dem Eintritte von Krampfanfällen.

2. Fall. Ein 17jähriges Mädchen bekam plötzlich eine beträchtliche Schwellung des rechten Beines von bläulicher Farbe. Ein Chirurg machte ohne allen Erfolg zwei lange Einschnitte. Pat. hatte vorher an hysterischer Stummheit gelitten, bekam später hysterischen Husten mit Blutspucken. Nachdem das Oedem des r. Beines geheilt war, trat dasselbe in gleicher Weise am l. Bein auf.

3. Fall. 22jähriges Mädchen, erblich belastet, litt als Kind an Convulsionen. Reizbares Naturell. Vor 6 Monaten plötzlich Schmerzen im Arm und Handgelenk. Am nächsten Tage beträchtliche Schwellung der

Hand, welche kalt, aber nicht verfärbt ist. Am 3. Tage färbt sich die Hand dunkel violett. Arm und Hand wurden in einen Gipsverband gelegt und von Zeit zu Zeit wurden durch ein Fenster desselben points de feu auf den Handrücken applicirt. Pat. hatte keinerlei Empfindung hiervon (Analgesie) bekam aber jedesmal aus Angst einen Nervenanfall. Nach 2 Monaten, bei Wegnahme des Verbandes, derselbe Zustand, die Hand war in einer Stellung zwischen Flexion und Extension contracturirt. Spontane Bewegungen der Hand unmöglich. Anästhesie des ganzen Armes bis zur Schulter. Geruch und Geschmack rechts, Gehör links herabgesetzt. Pat. hat Nervenanfälle, es sind mehrere hysterogene Punkte vorhanden.

Das blaue Oedem ist eine vasomotorische Störung, wahrscheinlich spasmodischer Art. Die Erkennung der Affection als eine hysterische ist mit Rücksicht auf das Vorkommen einer ähnlichen Affection bei Syringomyelie (blaues Oedem der Hände mit Analgesie und Thermoanästhesie) wichtig.

4. Fall. 46jähriger Mann, früher Seemann, später Nachtwächter, wurde vor 3 Jahren nach Kummer hysterisch. Schwindel, danach Lähmung der rechten Hand mit dunkel violetter Färbung derselben und anscheinend mit Anästhesie. Dieser Zustand verlor sich plötzlich, kehrte aber mehrmals wieder. Im Juni 1889 kehrte die Lähmung wieder, mit Dissociation der Anästhesie. Das wiederholte plötzliche Verschwinden derselben liess Syringomyelie ausschliessen. Der Kranke hat zur Zeit grosse hysterische Anfälle, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, hysterogene Stellen.

Das blaue Oedem lässt sich bei Hysterischen durch Suggestion in der Hypnose hervorrufen.

5. Fall. 27jähriges Mädchen, schon lange hysterisch und häufig in der Klinik vorgestellt. Wird am 26. April hypnotisirt und es wird suggerirt, dass ihre rechte Hand anschwellen und sich blau färben werde. Bis zum 30. April tritt diese Schwellung in dem Grade ein, dass man der Kranken einen Ring abfeilen muss. Die Hand ist schwerbeweglich, anästhetisch und analgisch.

Für gewöhnlich ist bei der Kranken die ganze linke Seite anästhetisch. Jetzt ist bezüglich der Hand Transfert eingetreten, die linke Hand hat ihre Sensibilität wieder erlangt, die rechte ist anästhetisch geworden. Nur die Thermoanästhesie persistirt links. Die rechte Hand ist um 5 Centigramm kühler als die rechte. Nun wird der Kranken in der Hypnose unter Reiben der Hand suggerirt, dass die rechte Hand geheilt, nicht mehr geschwollen, blau und schwach ist. Nach 15 Minuten sind alle Erscheinungen an der rechten Hand verschwunden, auch die Anästhesie, dagegen ist nun die linke Hand wieder anästhetisch.

Das blaue Oedem verschwindet mit der begleitenden Anästhesie oder Lähmung. Bezüglich der Behandlung warnt *Ch.* vor fester Verbindung, da diese die Affection in der Regel verschlimmere. *Guinon* versuchte die

Digitized by Google

Kranke in Fall 3 durch Suggestion zu heilen. Er suggerirte unter Massiren der kranken Hand, dass das Oedem und die Contractur verschwunden sei, und in der That trat diese Wirkung nach einer halben Stunde ein. Wenige Stunden später war aber der alte Zustand vorhanden. Die Suggestion wurde 5 Monate lang täglich in der Hypnose wiederholt, es wurde aber nur erreicht, dass Oedem und Contractur den Tag über wegblieb, über Nacht dagegen sich wieder einstellte. Ebenso traten beide Erscheinungen nach jedem hystero-epileptischen Anfalle sofort wieder ein. *G.* führt noch folgende zwei schon früher von *Charcot* vorgestellte Beobachtungen an.

Fall 6. Ein 18jähriges Landmädchen fiel vor 11 Monaten auf den Ballen der rechten Hand, danach lebhafte Schmerzen in der Hand und dem Arm. Am gleichen Abend, nachdem Pat. Brod geknetet hatte, trat eine Contractur der 4 Finger ein. Trotz lebhafter Schmerzen arbeitete Pat. noch einige Tage. Allmälig bildete sich eine Anschwellung und blaue Färbung des Handrückens aus, die Hand schloss sich von Neuem zur Faust, das Arbeiten war unmöglich. Einen Monat später wurde die Contractur in der Chloroformnarkose gelöst, ein fester Verband angelegt, und auf den Handrücken wurden von Zeit zu Zeit Points de feu applicirt. Die Brennpunkte wurden anfangs gut gefühlt, später nicht mehr. Der Verband blieb 10 Monate lang liegen, man sprach von Amputation der Hand wegen Tumor albus.

Stat. praes. Die rechte Hand und die 4 Finger geschwollen, bläulich gefärbt. Daumen frei beweglich. Die 4 Finger sind steif ausgestreckt, fast aneinander gedrückt, unbeweglich. Elektrische Prüfung der Muskeln ergibt nichts Abnormes. Rechter Arm und Hand vollständig anästhetisch. Herabgesetzte Sensibilität in der übrigen rechten Körperhälfte, welche schliesslich in volle Anästhesie überging. Geschmack fehlt rechts, Gehör rechts herabgesetzt, Geruch links herabgesetzt, rechts fast aufgehoben. Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie, Pharynxreflex fehlt rechts. Bei der Untersuchung weint Pat., athmet dyspnotisch. In der Chloroformnarkose wird die Hand schlaff. Verliess ungeheilt das Spital.

Fall 7. 21jährige Näherin, litt vor 2 Jahren an linkseitiger Pleuritis. Nach derselben hatte sie überall Schmerzen, bekam häufig Erbrechen und Gastralgien. Im April 1889 Fall auf einer Treppe auf die rechte Seite, Nasenbluten, Contusion des rechten Auges. Nach dem Falle leicht benommen. Im Anschluss hieran Schmerz in der rechten Seite, Leib- und Magenschmerzen. Pat. erbrach fast Alles wieder. Leichter Schmerz im Knie. Die verschiedenen Schmerzen hielten fast 5 Monate an. Anfangs Mai Aufnahme in das Spital, kurz danach Blutbrechen. Es trat eine Contractur des Unterschenkels gegen die Oberschenkel ein, die Ferse drückte sich fest an die Hinterbacke. Lebhafte Schmerzen in Knie und Hüfte. Man streckte den Fuss in der Narkose und hielt ihn 53 Tage durch Gewichte extendirt. Danach erschien das rechte Bein etwas länger als das

linke. Gleichzeitig wurden Jodtinctur, Points de feu, Vesicatore angewendet und schliesslich die Exarticulation vorgeschlagen.

Stat. praes. Die Kranke liegt mit ausgestreckten Beinen, das rechte erscheint verlängert, aber lediglich in Folge der Beckenstellung. Von zwei Personen aufrecht gehalten setzt Pat. den rechten Fuss nur mit der Spitze auf, weil ihr das Schmerzen macht. Rechtes Kniegelenk in leichtem Grade defigurirt. Atrophie des rechten Triceps femoris. Lebhafter Schmerz an der inneren Seite des rechten Kniees, spontan und bei Bewegungen. Beim Beugen des Unterschenkels erstreckt sich der Schmerz bis in den Oberschenkel und den Leib. Bewegungen in der Hüfte beschränkt. Percussion der Ferse und des Kniees schmerzhaft. Gesteigertes Kniephänomen. Kein Ovarialschmerz, keine hyperästhetischen Stellen. Herabgesetzte Sensibilität des rechten Beines, nach aufwärts bis zum Nabel. Einengung des Gesichtsfeldes, Gehör rechts vermindert, Geruch und Geschmack beiderseits fast aufgehoben. In der Chloroformnarkose verschwindet die Steifigkeit der Hüfte und des Kniees.

***Charcot* et *Guinon*, Das Zittern der Hysterischen. — Le Progrès médical 36. 37.**

Das hysterische Zittern findet sich häufiger bei Männern, als bei Frauen, es kommt z. B. sehr oft bei der traumatischen Neurose vor, welche vorwiegend Männer befällt. Es tritt unter verschiedenen Formen auf, welche zuerst von *Rendu* beschrieben worden sind. Ebenso unterschied *Pitres* mehrere Formen des hysterischen Zitterns. Diese Formen sind den bereits bekannten Typen des Zittern sehr ähnlich, welche bei organischen oder rein neuropathischen Affectionen beobachtet werden. *Ch.* unterscheidet folgende Formen:

A. Zittern, welches durch intendirte Bewegungen nicht gesteigert wird:

1) Oscillatorisches Zittern, mit 3—6 Zuckungen in der Secunde. Es gleicht demjenigen bei Paralysis agitans oder dem senilen Zittern.

2) Vibratorisches Zittern, mit raschen Zuckungen, 8 und mehr in der Secunde. Es gleicht dem Zittern bei Morb. Basedow., Alcoholismus, progressiver Paralyse.

B. Zittern, welches in der Ruhe verschwinden kann, durch intendirte Bewegungen hervorgerufen oder gesteigert wird in der Weise, dass die Zuckungen nicht häufiger, aber ausgiebiger werden.

3) Intentionszittern, Häufigkeit der Zuckungen zwischen 1) und 2) gleicht dem Zittern bei multipler Sklerose und mehr noch dem mercuriellen Zittern.

Das Zittern kann allgemein oder partiell sein, es kann in monoplegischer, paraplegischer und hemiplegischer Form auftreten. Wichtig für die Diagnose sind die dauernden hysterischen Stigmata. Doch können diese

Digitized by Google

fehlen und die Diagnose kann durch ein anderes hysterisches Symptom, z. B. einen Krampfanfall mit Globusgefühl gesichert werden. Manchmal kann man das Zittern steigern oder verschwinden machen durch Druck auf hysterogene Punkte. Das Zittern kann plötzlich verschwinden, ist aber in manchen Fällen sehr hartnäckig.

1. Fall. 32jähriger Stuhlmacher, erblich belastet, bis zum 10. Jahre Bettpisser. 1887 nach heftigem Schrecken schlechter Schlaf, schreckhafte Träume, Kopfschmerz, Abnahme der Kraft, des Appetites, Abmagerung, Vergesslichkeit. 1 Monat nach dem Schreck Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit, nach demselben heftiges Zittern der Beine, kann nicht gehen. Die Krampfanfälle wiederholten sich, das Zittern ergriff auch die Arme. Drei Monate lang stumm. In der Ruhe kein Zittern, alle Muskeln sind schlaff, das Zittern tritt erst bei intendirten Bewegungen ein. Bei jeder Bewegung heftiges Zittern der Glieder. Das Zittern lässt sich durch Plantarflexion des Fusses nicht sistiren, die Patellarreflexe sind nicht gesteigert. Zeitweise tritt auch in der Ruhe leichtes Zittern ein. Rechtseitige totale Hemianästhesie, Geruch, Geschmack, Gehör rechts herabgesetzt. Fixiren eines Gegenstandes droht einen hysterischen Anfall auszulösen. Kein Nystagmus, mehrere hysterogene Punkte, Druck auf dieselben sistirt das Zittern und ruft die Prodrome eines Krampfanfalles hervor.

2. Fall. 34jähr. Locomotivenheizer, erkrankte 3 Monate nach einem Zusammenstosse zweier Züge unter Müdigkeit, unruhigem Schlaf und Kopfschmerz. 3 Monate später eine „crise des nerves“ und nach derselben Zittern an allen Gliedern, so dass Pat. nicht stehen konnte. Seitdem andauerndes Zittern und häufige hysterische Anfälle, welchen Strangulationsgefühl, ängstliche Respiration, Klopfen in den Schläfen und Pfeifen in den Ohren vorhergeht. Das Zittern besteht continuirlich in allen 4 Gliedern. Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie, Geruch rechts aufgehoben, Geschmack herabgesetzt. Verminderung der allgemeinen Sensibilität, eine analgische Zone auf dem Rücken, mehrere hysterogene Stellen, Druck auf dieselben sistirt das Zittern und löst die Aura des Anfalles aus.

3. Fall. 39jähr. Handarbeiter. Vom 17. Jahre an mehrfach Krampfanfälle mit Aura und Bewusstlosigkeit. Wurde von da an heftig und jähzornig. Erkrankte vor 2 Jahren mit Stottern, Mattigkeit, nächtlichen Erstickungsanfällen, Schmerzen in der linken Seite und Stirnkopfschmerz. Nach 14 Tagen trat Zittern auf, zuerst in den Beinen, später auch in den Armen. Er erhielt ein Jahr lang (!) jeden zweiten Tag eine Quecksilbereinreibung. Das Zittern persistirte. Nachdem in verschiedenen Spitälern mit den Diagnosen: multiple Sklerose, Alcoholismus, chronische Myelitis.

Stat. praes. Anästhesie der linken Kopfhälfte, der linken Conjunctiva, der linken Nasenschleimhaut. Geruch und Geschmack fehlen links, doppelte Einengung des Gesichtsfeldes. Allgemeine Schwäche, Pat. ermüdet rasch. Allgemeines Zittern, in den Beinen, besonders dem rechten, am stärksten. Wenn der Kranke ruhig liegt, verschwindet das Zittern, so

wie er eine Bewegung macht, tritt es in dem bewegten Gliede ein. Im Sitzen zittern die Beine stark, beim Stehen wird der ganze Körper hin- und hergeworfen. Das Zittern nimmt zu bei Erregung, bei Druck auf eine hysterogene Zone, nach einem Krampfanfalle. Letzterer tritt etwa alle Monate ein. Während des Anfalles kein Zungenbiss, kein unfreiwilliger Urinabgang.

***Ballet* et *Tissier*, Hysterisches Stottern. — Arch. de Neurol.** Juli.

I. Fall. Löber, 42jähriger Maler, November 1887 aufgenommen. Seit 1862 etwa 10mal von Bleiintoxication befallen.

Januar 1886, nach einer lebhaften Erregung, Unfähigkeit ein Wort auszusprechen. Nach einigen Tagen kehrte die Sprache wieder, aber Pat. stotterte. Heilung nach Kaltwassercur. Juli 1887 Wiederkehr des Stotterns, welches nach längerer Dauer beim Verlassen eines warmen Bades plötzlich verschwand, nach einigen Tagen aber wieder auftrat.

Stat. praes. Bei der Aufnahme: Livides Zahnfleisch, diffuse, unregelmässig über den ganzen Körper vertheilte Anästhesie, daneben einzelne hyperästhetische Stellen. Abschwächung des Gehörs auf der linken Seite. Abnahme von Geruch und Geschmack, Pat. stottert in hohem Grade. Aufgefordert, die Zunge herauszustrecken, bringt er dieselbe nicht über den Lippenrand hervor. Auch beim Kauen fällt eine Schwerbeweglichkeit der Zunge auf. Ausserdem sind offenbar krampfhafte Bewegungen der Muskeln des Larynx und Pharynx beim Stottern betheiligt. Das Stottern verschwand vollständig im warmen Bad. Ende December geheilt entlassen.

2. Fall. Dr. . . ., 46jähriger Schmied, aufgenommen December 1887. Hatte während der Pubertätsjahre nächtliche Stickanfälle mit Bewusstseinsverlust. Diese Anfälle kamen auch einige Mal am Tage, und da ging derselben Zittern und Parese des rechten Armes voraus. Im 23. Jahre abermals mehrere Stickanfälle mit Bewusstlosigkeit. Seitdem gesund.

März 1887 nach Kummer Kopfschmerz. Danach Anfall von einstündlicher Somnolenz, welchem Lähmung der rechten Gesichtshälfte, des rechten Armes und Beines folgte. Pat. konnte fast nichts mehr sprechen. Die Sprache kehrte nach 2 Monaten wieder. Im weiteren Verlauf traten noch Schwindelanfälle und Anfälle von Bewusstlosigkeit auf, und es wurde Anästhesie der rechten Seite, Verengerung des Gesichtsfeldes und hysterogene Punkte nachgewiesen. Nach mehrmonatlicher Behandlung gebessert entlassen, nahm seine Beschäftigung wieder auf.

Im December 1887 fiel Pat. auf der Strasse bewusstlos um. Beim Erwachen Lähmung der rechten Seite, konnte fast nicht reden.

Stat. praes. Parese der rechtseitigen Extremitäten, welche vollständig anästhetisch sind. Am rechten Bein finden sich einige sensible Zonen. Die Anästhesie des rechten Beines ist am oberen Ende des Gliedes scharf begrenzt. Rechterseits ist die Conjunctiva anästhetisch, das Sehen und das Gehör erheblich abgeschwächt. Es sind mehrere hyperästhetische Zonen.

Digitized by Google

vorhanden. Zwinkern der Augenlider. Zunge weicht stark nach links ab, sonst besteht keine Innervationsdifferenz im Gesicht. Sprache stark behindert, zieht einzelne Sylben lang aus, sagt z. B. statt je: jeee. Statt a, e, i sagt er ma me mi. Verlässt das Spital ungeheilt.

3. Fall. Boa ..., 33 J. alt, Farbenreiber, hatte 3 mal Bleikolik, zuletzt September 1887. Aufgenommen September 1889. Jähzorniger, gewaltthätiger Mensch. Vor 8 Tagen nach einer heftigen Erregung Schwindelanfall, Alles erscheint ihm roth und grün, Funkensehen, Zusammenschnüren der Kehle. Am nächsten Tag Schwindelanfall auf der Strasse, vermag nicht mehr zu sprechen, kann aber noch schreiben. Nach einiger Zeit traten Schmerzen und Kribbeln in den linken Extremitäten auf, dieselben werden anästhetisch und leicht paretisch.

Stat. praesens. Sprachstörung, zieht einzelne Sylben in die Länge, verdoppelt andere, z. B.: Voi-elâ lé sii = xième joûr quê-èje suïs tombé ma-malade. Er findet nicht immer das Wort.

Sensible und sensorielle Anästhesie links. Verminderung der Motilität in den linken Extremitäten. Zittern der Zunge. Anästhesie des Pharynx und Larynx. Schläft beim Fixiren eines Gegenstandes ein, ist aber nicht suggerirbar. Die Parese der linken Extremitäten besserte sich, das Stottern blieb unverändert.

Das hysteriche Stottern geht in einigen Fällen der Stummheit voraus oder folgt auf dieselbe. Es tritt aber auch unabhängig von der Stummheit auf, erscheint plötzlich, ohne ersichtliche Ursache, oder im Anschluss an einen hysterischen Anfall. Bezeichnend für die Form des hysterischen Stotterns ist, dass die Kranken einzelne Vocale nicht aussprechen können, ohne einen Consonanten vorzusetzen, oder ohne dieselben zu verdoppeln. Diese Verdoppelung der Vocale tritt auch in der Mitte von Wörtern auf. Weiter können einige Consonanten (k, q, x) nicht richtig ausgesprochen werden. Die Sprache ist verlangsamt, ziehend, einzelne Sylben werden in die Länge gezogen, besonders bei längeren Wörtern. Ermüdung und Erregung steigern die Sprachstörung. Bei dem einen Kranken trat mit dem Aussprechen gewisser Worte eine krampfhafte Inspiration ein, bei dem anderen waren die Bewegungen der Zunge erheblich beeinträchtigt.

Verff. beziehen das Stottern auf eine Incoordination der Sprechmuskeln. Die Dauer des Leidens wechselt sehr, Recidive sind nicht selten.

Zum Schlusse resumiren Verff. mit folgenden Sätzen:

1. Bei Hysterischen kann man eine vorübergehende Störung der Sprache beobachten, welche der als Stottern bezeichneten sehr ähnlich ist.

2. Dieses hysterische Stottern wurde bisher nur bei Männern beobachtet.

3. In der Regel folgt das Stottern auf einen kurzen Anfall von Aphasie.

4. Es besteht einige Wochen oder Monate mit wechselnder Intensität.

Digitized by Google

5. Es war stets begleitet von Bewegungsstörungen der Zunge (Parese, krampfhafte Deviation, Zittern).

***Kern*, Hysterische Krämpfe in der Armee. — Internat. klin. Rundschau No. 52.**

Während über das Vorkommen von hysterischen Krämpfen bei den Soldaten der französischen und russischen Armee schon mehrfache Mittheilungen vorliegen, so sind bezügliche Beobachtungen aus der deutschen Armee nur erst vereinzelt veröffentlicht worden. *K.* theilt folgende Fälle mit, welche er in den Militärlazarethen zu Lübeck und Karlsruhe beobachtete.

1. Füsilier H., 1884 eingezogen. Als Kind Krämpfe. Fiel im Dienst durch Tiefsinn und Schwermuth auf. Wurde im Winter 1884/85 einmal im Freien in Krämpfen liegend gefunden. Am 13. März 1886 im Dienst plötzlicher Tobsuchtsanfall von kurzer Dauer mit nachfolgendem Schlafe. Am gleichen Nachmittage 2 Stunden lang Krampfanfälle, abwechselnd mit soporösen Zuständen. Auf Chloralhydrat trat Schlaf ein, aus welchem Pat. ohne weitere Störung erwachte.

2. Füsilier M., November 1884 eingezogen. Mutter und Schwester leiden an Krämpfen. August 1886 nach anstrengendem Felddienst drei Tage lang Krampfanfälle, z. Th. mit coordinirten Bewegungen (Raufen der Haare, Kratzen). Bewusstsein nicht völlig aufgehoben, gesteigerte Reflexerregbarkeit, Hyperästhesie der Sinnesorgane. Nach 5tägiger freier Zwischenzeit trat noch eine 2tägige Krampfperiode ein.

3. Füsilier P., April 1885 eingezogen. Schwächlicher Mensch, wegen vielfacher Urlaubsüberschreitungen in die 2. Klasse des Soldatenstandes versetzt und deshalb von den Eltern verstossen, wurde am 12. September Abends in einem hysterischen Krampfanfalle in die Kaserne gebracht. Ausser den Krämpfen waren noch Hallucinationen vorhanden. Nach 4stündiger Dauer verschwanden die Krämpfe. Am 3. October neuer Krampfanfall, welcher durch eine kalte Begiessung beseitigt wurde. Diesen 3 Erkrankungen, welche sämmtlich in relativ kurzer Zeit in dem gleichen Bataillon auftraten, ging die Aufsehen erregende Erkrankung eines *Füsiliers* an epileptischer Tobsucht am 6. März 1886 voraus. *K.* legt auf diesen Umstand, neben den sonstigen prädisponirenden Momenten, mit Recht Gewicht.

4. Füsilier W., November 1888 eingezogen. Fiel alsbald durch sonderbares Benehmen auf. Sei nicht klar im Kopfe, es drehe sich oft alles in seinem Kopf. Bei einer Untersuchung der Brustorgane Stampfen mit den Füssen, Stöhnen, Zittern, Frösteln, Schwindelgefühl. Klagt seine Vorgesetzten der Misshandlung an, was er später zurücknimmt. Bei der Vernehmung plötzliches Schreien, Schlagen mit Armen und Beinen.

5. Grenadier B. (Karlsruhe), November 1889 eingezogen. 2 Tage vor der Einziehung Krampfanfall nach einer psychischen Erregung. December

Digitized by Google

1889 neuer Krampfanfall. Beide Male schwand das Bewusstsein erst nach voller Entwickelung des Anfalles. Eine nähere Prüfung der Fälle auf anderweite hysterische Symptome (Einengung des Gesichtsfeldes, Störung des Farbensinnes, des Geruchs, Geschmackes, Anästhesie des Pharynx, anästhetische oder hyperästhetische Punkte) scheint nicht stattgefunden zu haben.

***Giraudeau*, Stenose der Mitralis und Hysterie beim Manne. — Arch. générales. November.**

1. Ein Student der Medicin erlitt, nachdem er von dem Examen zurückgewiesen war, einen hystero-epileptischen Anfall. Nach Ablauf desselben bestand einige Zeit Aphasie, totale linkseitige Hemianästhesie. Pat. litt schon länger an Palpitationen und bekam den ersten hystero-epileptischen Anfall, als er sich selbst auscultirte und ein Herzgeräusch wahrnahm. Seitdem besteht die Hemianästhesie. Der kleine, dürftig entwickelte Mensch leidet an Stenose der Mitralis. Er litt nie an Gelenkrheumatismus.

2. 29jähriger Uhrmacher, weibisch aussehender Mensch, fast ohne Bart- und Schamhaare, klagt über Palpitationen. Wegen Herzleiden beim Militär zurückgewiesen. Seitdem ängstlich, consultirt alle möglichen Aerzte. Seit 1881 hystero-epileptische Anfälle, linkseitige Hemianästhesie. Ausserdem besteht Anästhesie des Pharynx, Hyperästhesie des linken Hodens. Stenose der Mitralis. Kein Gelenkrheumatismus.

3. 29jähriger Mann, welcher über Congestionen und Nasenbluten klagt. Stenose der Mitralis. Beschränkte rechtseitige Hemianästhesie. Kleiner, unentwickelter Mensch.

4. 25jähriger Goldschmied, welcher im 17. Jahre an Pericarditis litt und wegen Stenose der Mitralis militärfrei wurde. Seitdem öfter wegen Palpitationen in Behandlung. Rechtseitige Hemianästhesie.

Mit Rücksicht auf die dürftige körperliche Entwickelung von dreien dieser vier Kranken vermuthet Verf., dass die Mitralstenose bei denselben angeboren sei, und dass auch die nervösen Symptome auf einen angeborenen Defect zurückzuführen seien.

***Babinski*, Die „Migraine ophthalmique hystérique". — Arch. de Neurologie. November.**

B. sucht durch die folgenden Fälle zu beweisen, dass zwischen der Migraine ophthalmique und der Hysterie ein engerer Zusammenhang besteht.

1. Ein 21jähriger Mann erkrankte Jan. 1886 an Conjunctivitis mit lancinirenden Schmerzen im Auge und Trübung des Sehvermögens. Die Schmerzen traten täglich zur bestimmten Stunde auf und hielten 4 Stunden lang an. Eine Operation wurde für nöthig erklärt, welcher Pat. mit Spannung entgegensah. An dem Tage, an welchem die Operation stattfinden

sollte, erlitt der Kranke einen Krampfanfall, derselbe kehrte 14 Tage lang täglich zur gleichen Stunde wieder. Vom 15. Tage an ging dem Anfalle eine Aura vorher, welche bis dahin fehlte. Dieselbe bestand in einem Schmerz, welcher vom Scheitel in das linke Auge herabzog, in Funkensehen und Farbenerscheinungen. Nach dem Anfalle ist Pat. vollständig bei sich. Bisweilen traten die Gesichtserscheinungen und die Migräne auf, ohne dass ein Anfall folgt. Manchmal bestand die Aura vor dem Anfall in plötzlichem Stummsein. Sensibilität rechts stark herabgesetzt, Cornealreflex unempfindlich. Leichte Amblyopie, monoculare Diplopie, Einengung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen. Nach 2 Monaten genesen unter dem Gebrauche von Brompräparaten und einer Kaltwassercur.

2. 16jähriges Mädchen, leidet seit 3 Monaten an anfallsweisem rechtsseitigem Kopfschmerz, besonders in der Supraorbitalgegend, mit Lichtscheu auf dem rechten Auge. Der Anfall kommt täglich zur bestimmten Stunde. Nach 10 Tagen stellten sich Schmerzen im Rücken und unter der Mamma ein, später Schmerzen in den Knieen mit Hemianästhesie der äusseren Seite des linken Beines. Schliesslich bekam Pat. täglich mehrmals heftigen rechtseitigen Kopfschmerz mit Klopfen an den Schläfen, Globusgefühl, Zwinkern des rechten Auges und Lichterscheinungen. Diese Anfälle dauern nur wenige Minuten. Sie lassen sich hervorrufen durch Druck auf die schmerzhafte Stelle am Rücken und durch Schliessen des rechten Auges. Es besteht Abnahme der Sensibilität auf der rechten Körperhälfte, rechtsseitige Dyschromatopsie. Gesichtsfeld rechts eingeengt, Geruch rechts geschwächt, Geschmack rechts aufgehoben. Nach Anwendung von Bromkal. und einer Kaltwassercur erhebliche Besserung.

3. Ein 22 Jahre altes, erblich belastetes Mädchen litt als Kind an nächtlichen Anfällen von Hallucinationen. Im 12. Jahre Eintritt der Menstruation. Vom 14.—16. Jahre anhaltende gemüthliche Aufregungen. Im 16. Jahre plötzliche Lichterscheinung, welche die Kranke hinderte, Gegenstände zu erkennen. Im Anschluss daran Krampfanfall mit Bewusstlosigkeit. Danach 2 Tage lang ganz zerschlagen, linkseitiger Kopfschmerz. 14 Tage später abermals ein Anfall von Licht- und Farbenerscheinung mit Schmerz über dem linken Auge, Uebelkeit und Erbrechen. Die Lichterscheinung dauerte 1 Stunde, der Kopfschmerz 6 Stunden. 3 Monate lang kehrten diese Anfälle alle 14 Tage wieder. Wenn Pat. während des Anfalles mit beiden Augen oder blos mit dem rechten sah, so erkannte sie keinen Gegenstand. Mit dem linken Auge allein konnte sie alles deutlich erkennen. Nach dem Anfalle war Pat. einige Zeit auf beiden Augen blind, später nur auf dem rechten Auge, und schliesslich verlor sich auch dies. Unter dem Gebrauche von Bromkal. besserten sich die Anfälle, kehrten aber vom 20. Jahre an heftiger und häufiger wieder, schliesslich 4mal an einem Tage. Die Untersuchung ergab herabgesetzte Sensibilität rechts, Abnahme des Geruches und Geschmackes links, linkseitigen Cervicalschmerz. Unter Bromgebrauch besserten sich die Anfälle. Die Licht-

Digitized by Google

erscheinungen verschwinden rasch, sobald Pat. den Kopf in eine abschüssige Lage bringt.

4. Ein 20jähriges Mädchen leidet von Kind auf an primärer progressiver Myopathie. Seit 4 Jahren ist dasselbe hysterisch. Rechtseitige sensitiv-sensorielle Anästhesie, Anästhesie des Schlundes, hysterische Anfälle ohne Bewusstseinsverlust, hysterogene Punkte, doppelseitige Einengung des Gesichtsfeldes, Dyschromatopsie. Pat. ist hypnotisirbar und suggestibel.

Seit 2 Monaten plötzliche Anfälle von Funken- und Farbensehen, welche das Erkennen von Gegenständen verhindern. Dazu gesellt sich Kopfschmerz, besonders in der rechten Temporalgegend. Nach einigen Augenblicken verschwindet der Kopfschmerz, Pat. kann wieder sehen, sieht aber nur die rechte Hälfte der Gegenstände, während die linke Hälfte derselben von feurigen, farbigen, zuckenden Linien erfüllt ist. Der ganze Anfall dauert etwa 5 Minuten. Derselbe trat manchmal zweimal hintereinander auf. Seit dem Erscheinen dieser Anfälle blieben die hysterischen weg. Der Anfall lässt sich in der Hypnose durch Suggestion hervorrufen.

Verf. weist nach, dass die Migraine ophthalmique in den beiden ersten Fällen zweifellos die Bedeutung eines hysterischen Symptomes hat, während dies für die beiden letzten Fälle weniger sicher erscheint.

Souques, **Die männliche Hysterie. — Arch. générales. August.**

Verf., Arzt am Hospital Broussais, will den Nachweis führen, dass die männliche Hysterie nicht blos ein Vorrecht von einigen Specialanstalten ist, sondern dass dieselbe in den gewöhnlichen Spitälern häufig vorkommt, sowie, dass sie in den unteren Klassen häufiger zu sein scheint, als die weibliche Hysterie. Er sah in einem Saale mit 32 Betten während eines Jahres 26 zweifellose Fälle. Die Diagnose stützte sich auf das Vorhandensein einer sensitiv-sensoriellen Anästhesie, Anästhesie des Schlundes, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes.

Ueber die Häufigkeit der männlichen Hysterie macht *Marie* folgende Angaben: Unter 525 männlichen Kranken fanden sich 25 (4,76 pCt.) entwickelte Fälle von Hysterie und nur 3 Fälle von leichter Hysterie. Unter 179 weiblichen Kranken fanden sich dagegen nur 1 (0,58 pCt.) Fall von entwickelter und 5 Fälle von leichter Hysterie.

Verf. sah unter 441 männlichen Kranken 5,90 pCt. Hysterische, unter 240 weiblichen Kranken nur 2,50 pCt. Die männliche Hysterie ist demnach in den Spitälern doppelt so häufig, als die weibliche. Es gilt dies aber nur für die Kranken aus anderem Stande, denn bei Männern aus höherem Stande ist Hysterie selten. *Marie* erklärt diese Thatsache durch den Umstand, dass die Arbeiter Verletzungen und Intoxicationen weit häufiger ausgesetzt sind.

S. theilt von seinen 26 Beobachtungen folgende 13 Fälle mit:

1. 27jähriger Schreiner, erblich belastet, litt an Malaria und Dysenterie. 2 Monate nach der Dysenterie traten Schmerzen in den Gliedern, besonders im linken Bein ein. Seit 1 Monat Albdrücken und Abnahme der Kraft in den Gliedern. Paraplegie der Beine, kann kaum gehen, die Füsse schleifen am Boden, die Beine sind steif. Im Liegen nehmen die Füsse Varus-equinus-Stellung ein. Anästhesie des ganzen Körpers, an den Beinen, besonders dem linken am ausgesprochensten. Hysterogener Punkt an der Lendenwirbelsäule. Einengung des Gesichtsfeldes, Anästhesie des Pharynx.

S. hebt hervor, dass Albdrücken und schreckhafte Hallucinationen nach *Charcot* besonders bei Hysterie der Männer vorkommen.

2. 32jähriger Stallknecht, Alkoholist, wurde im 18. Jahre von einem Pferde in die linke Augenbraue gebissen. Seitdem Sehstörungen und Behinderung der Sprache. 6 Monate später Fall vom Pferd, mehrere Stunden bewusstlos, 14 Tage im Bett. Im 19. Jahre in Folge von excessivem Trinken Schwindelanfälle, welche im 24. Jahre nach erneuten Excessen in potu wiederkehrten und von Bewusstlosigkeit und Krämpfen gefolgt waren (kein Zungenbiss, keine Incontinentia urinae). Den Anfällen ging Kopfschmerz und Nebel vor den Augen voraus, er kam 2—3mal monatlich. Im 28. Jahre verschwinden die Anfälle nach dem Einhalten einer nüchternen Lebensweise. Im 30. Jahre Parese der Beine, geht wie ein Betrunkener, scandirende Sprache, starke Salivation. Strabismus convergens, Diplopie. Nystagmus, Intentionszittern an den Beinen, erhöhte Reflexe. Rechtseitige Hemianästhesie. Muskelsinn ganz aufgehoben. Anästhesie des Pharynx. Geruch und Geschmack rechts verschwunden, rechtseitige Einengung des Gesichtsfeldes. Polyurie. Schwerfällige Intelligenz, träges Gedächtniss. Aetiologisch kommt in diesem Falle in Betracht der Traumatismus, die multiple Sklerose, der Alcoholismus. *S.* führt näher aus, dass die Hysterie nicht so selten der Coefficient von verschiedenen Schädlichkeiten ist.

3. Hattenb. ..., 27 J. Hystero-traumatische rechtseitige Hemiplegie, Hemispasmus glosso-labialis. Der Fall ist bereits von *Charcot* veröffentlicht (Leçons sur le syst. nerv. I. III.).

4. 38 Jahre alter Gerber, erblich belastet. Im 29. Jahre Typhus, vor 3 Jahren Pleuritis und später Hämoptoë. Im 25. Jahre schlecht geheilte Syphilis.

Seit 14 Tagen jeden Abend Schwindel und nächtlichen Kopfschmerz. Das linke Bein wird schwer. Vor 3 Tagen apoplectischer Anfall in der Nacht, bewusstlos, fiel aus dem Bett, Lähmung der linken Seite. Am nächsten Abend ein neuer Anfall mit kurzem Schwindel.

Linkseitige Anästhesie, Einengung des Gesichtsfeldes links, auf der gleichen Seite Geschmack und Geruch aufgehoben. Einseitige Anästhesie des Pharynx. Schmerzpunkt an der linken Schläfengegend. Parese der linken Körperhälfte. Bis nach 6 Monaten waren fast alle Störungen verschwunden.

Digitized by Google

5. 50jähriger Tagelöhner, seit 15 Jahren finster, reizbar, Abnahme des Gedächtnisses. Vor 3 Jahren Ischias, vor 2 Jahren linkseitige Hemiplegie, nach 3 Monaten geheilt. Vor 3 Tagen in der Nacht Anfall von Bewusstlosigkeit, nach dem Erwachen ist die linke Körperhälfte schwer und kraftlos.

Linkseitige Hemianästhesie, Muskelsinn, Sensibilität der Gelenke aufgehoben. Anästhesie des Pharynx, linkseitige Einengung des Gesichtsfeldes. Bewegungen auf der linken Seite schwierig, Muskelkraft herabgesetzt.

6. 38 Jahre alter Bleigiesser, erblich belastet, litt früher an Bleikolik. Am Tage vor der Aufnahme plötzlich Schwindel, fällt um, erhebt sich aber sogleich wieder. Der rechte Arm eingeschlafen und kraftlos. Sensibilität im rechten Arm, der rechten Kopf- und Halsseite und im oberen Dritttheil des rechten Thorax aufgehoben. Geschmack, Geruch, Gehör rechts erheblich vermindert. Einengung des Gesichtsfeldes rechts. Herabgesetzte Motilität im rechten Arm. Nach 6 Monaten waren die sensibeln und motorischen Störungen verschwunden.

7. 54jähr. Arbeiter, erblich belastet, Alkoholist, litt 1888 an Bleikolik mit Ameisenkriechen in den Beinen und im rechten Arm. Im Juni 1889 wurde er von Neuem von Ameisenkriechen in den Beinen und Schwere im rechten Arme befallen. Anästhesie des rechten Armes, Einengung des Gesichtsfeldes rechterseits. Lähmung des rechten Armes, faradische Erregbarkeit der Muskeln erhalten. Herzhypertrophie.

8. 32jähriger Anstreicher, erblich belastet, 1887 Bleikolik. Mai 1889 fällt er bewusstlos um, beim Erwachen ist die rechte Seite gelähmt.

Rechtseitige sensitiv-sensorielle Lähmung, Anästhesie des Pharynx, Einengung des Gesichtsfeldes. Geht schwerfällig, schleppt das Bein.

9. 47jähriger Anstreicher, litt im 7. Jahre an Convulsionen. Im Kriege 1870 am Kopf verletzt, bewusstlos, dann längere Zeit comatös und später epileptiforme Anfälle. Dieselben wiederholen sich bis 1881 etwa 10 Mal. 1878 Bleikolik. 1884 häufigere Krampfanfälle, Aufnahme in St. Anne. 1884 Krampfanfall mit nachfolgender Lähmung der linken Seite, welche nach 1 Monat wieder verschwand. 1889 abermals Bleikolik, welche später zum dritten Male wiederkehrte und die Aufnahme in das Spital veranlasste. Linkseitige sensitiv-sensorielle Hemianästhesie, Anästhesie des Pharynx, Einengung des Gesichtsfeldes, rechtseitige Hemiparese.

10. Laf. . . ., Anstreicher, erkrankte im Februar 1889 an Bleikolik, welche nach 3 Wochen recidivirte und von einer doppelseitigen, bei Tage lang persistirenden Amaurose begleitet war. Im December abermal von Bleikolik ergriffen. Neben den Symptomen dieses Leidens bestand unvollständige Anästhesie des linken Armes, Einengung des Gesichtsfeldes linkerseits, Abnahme der Muskelkraft bei erhaltener faradischer Erregbarkeit.

11. 50 Jahre alter Anstreicher, hat 7 mal Bleikolik gehabt, zuletzt im Juli 1889. Seit 14 Tagen Schwindel, Krämpfe, der linke Arm wird schwer und unbrauchbar.

Totale Anästhesie des linken Armes, am oberen Ende des Gliedes scharf abgegrenzt. Geschmack und Geruch links abgeschwächt. Gesichtsfeld links etwas eingeengt. Motorische Kraft des linken Arms erheblich herabgesetzt.

12. 23jähriger Lackirer, erblich belastet. Im 20. Jahre zum ersten Male und vor 1 Monat zum zweiten Male an Bleikolik erkrankt. Reizbarer Mensch. Partielle Anästhesien der linken Körperhälfte, Geruch, Geschmack, Gehör links aufgehoben, Einengung des Gesichtsfeldes auf beiden Augen, motorische Kraft links herabgesetzt.

13. 42jähriger Anstreicher, erblich belastet, Alkoholist (Zittern der Hände, Albdrücken). Im 17. Jahre Typhus, im 18. Jahre Schenkelfractur und Gesichtserysipel. 1870 bei Champigny mehrfach verwundet, nach 2 Monaten geheilt. Seit 1873 8 mal Bleikolik. Vor 5 Jahren Schwindel, Funkensehen, Ameisenkriechen im rechten Arm, Radialislähmung. Nach 6 Wochen geheilt. Seit 12 Tagen Schwäche im rechten Arm. Herabgesetzte Sensibilität an der rechten Körperhälfte, Anästhesie der Mund- und Rachenschleimhaut. Geruch, Geschmack, Gehör rechts herabgesetzt. Saturnine Lähmung des rechten Armes, Extensoren und Flexoren gelähmt. Elektrische Contractilität der Extensoren aufgehoben, diejenige der Flexoren gesteigert. Häufiger Schwindel, krampfhaftes Zucken am rechten Mundwinkel. Die Zunge weicht nach rechts ab.

Der Kranke hat an dem nämlichen Gliede zwei Lähmungen von verschiedener Art. Die Lähmung der Extensoren entspricht einer Bleilähmung, die Lähmung der Flexoren hat die Merkmale einer hysterischen Lähmung. Die erstere ist toxisch und peripher, die letztere psychisch und central.

Traumen, acute und chronische Intoxicationen, Infectionskrankheiten, allgemeine schwächende Krankheiten spielen eine wichtige Rolle bei Erzeugung der Hysterie. Unter den beschriebenen Fällen war Bleiintoxication 11 mal, Traumen 3 mal ätiologisch von Bedeutung. S. erblickt hierin nur Gelegenheitsursachen. Das Wichtigste bei der Hysterie ist die Prädispotion, der erbliche nervöse Defect.

Bei der männlichen Hysterie wird Schwindel sehr häufig beobachtet, derselbe scheint eine Art Aequivalent der Convulsivanfälle hysterischer Frauen zu sein.

Während der Geisteszustand hysterischer Frauen gewöhnlich ein angeregter, launischer ist, sind hysterische Männer meistens traurig, finster, melancholisch.

Die wesentlichen Symptome der Hysterie bleiben immer die gleichen, welches auch die Gelegenheitsursache sein mag. Allein die Gelegenheitsursache kann dem Krankheitsbilde ein gewisses, specielles Gepräge geben.

Digitized by Google

Bisweilen kann auch neben der Hysterie noch ein anderes nervöses Leiden bestehen (multiple Sklerose, Bleilähmung). Die sensibeln Symptome der Hysterie verschwinden oft rasch, während die motorischen eine grössere Hartnäckigkeit zeigen.

***Pitres*, Neurasthenie und traumatische Hystero-Neurasthenie. — Progrès médical 49.**

P. unterscheidet folgende Formen der Neurasthenie.

1. Die cerebrale Neurasthenie. Bei derselben besteht Kopfschmerz, Gefühl von Druck, von Zusammenziehen am Kopf (Casque neurasthénique), am Tage meist heftiger als in der Nacht, Unfähigkeit zur Arbeit, Schwindel, Ohrenbrausen.

2. Die spinale Neurasthenie, mit Rückenschmerz, Gefühl von Verdrehen der Glieder, Ziehen, Krämpfen, Störung der Urinentleerung.

3. Die neuralgische Form mit wechselnden neuralgiformen Schmerzen.

4. Die cardialgische Form mit Palpitationen, Präcordialangst, Erstickungsanfällen, bisweilen mit Intercostalneuralgie.

5. Die gastro-intestinale Form mit Verdauungsstörungen, Auftreibung des Leibes, Kolik, Verstopfung, Borborygmen.

6. Die genitale Form mit Pollutionen, Erigidität, perversen sexuellen Gelüsten.

Diese Eintheilung ist schematisch, denn eine ganz reine Form dürfte kaum je vorkommen.

Der Gemüthszustand der Kranken ist fast immer der gleiche. Die Kranken sind beunruhigt, unzufrieden, hypochondrisch. Sie fürchten an einer organischen Krankheit zu leiden, beobachten und untersuchen sich ängstlich und sprechen viel von ihrem Zustande. Geistige Arbeit wird unmöglich, der erregbare Kranke interessirt sich nur noch für sein Leiden.

Erbliche Anlage ist häufig vorhanden. Männer werden öfter als Frauen befallen und Ueberanstrengung ist die häufigste Ursache.

Auch nach schweren Verletzungen kann Neurasthenie entstehen, besonders wird dieselbe auch durch Eisenbahnunglücke veranlasst. *Vibert* constatirte unmittelbar nach Eisenbahnunglücken Schlaflosigkeit, Albdrücken, Muskelzittern, Kopfschmerz, Aufregung. Das Gedächtniss, besonders für unmittelbar Geschehenes, nimmt ab. Geräusch, Lesen, Sprechen ermüdet. Die Kranken werden finster, zornig, sie weinen ohne Grund. Ohrensausen, Hyperästhesie des Acusticus, Lichtscheu, Mouches volantes sind häufig bei der traumatischen Neurasthenie. Die Hautsensibilität ist normal, aber es besteht Gefühl von Kribbeln, Eingeschlafensein der Glieder, die Muskelkraft nimmt ab. Abnahme des Geschlechtstriebes ist häufig. In schweren Fällen tritt hierzu Appetitlosigkeit, Verdauungsstörungen, Icterus, Uebelkeit, Palpitationen. Die traumatische Neurasthenie heilt nie rasch und kann mehrere Jahre lang bestehen.

I. Traumatische Neurasthenie. D., 25 Jahre alt, erblich belastet, reizbarer Mann, Zimmermaler, fiel vor 2 Monaten bei der Arbeit 5 Meter hoch herab auf den Kopf. Bewusstlos, Hautwunde am Schädel, Blutung aus dem linken Ohr. Kopfschmerz, Erbrechen. Verliess nach 3 Wochen das Spital als geheilt, konnte aber nicht arbeiten. Beständiger Kopfschmerz, Traurigkeit, Mattigkeitsgefühl, Gedächtnissschwäche. Fürchtet nie gesund zu werden.

Bei der Aufnahme: Kopfschmerz, langsamer, ängstlicher Gang, Schwindel, grosse Mattigkeit, Ohrensausen, undeutliches Sehen. Keine Einengung des Gesichtsfeldes, keine Farbenblindheit. Der früher heitere Mann ist trübe, gereizt, gelangweilt, er kann seine Aufmerksamkeit nicht längere Zeit fixiren, sein Gedächtniss ist schwach, er besinnt sich lange. Schreckhafte oder lascive Träume. Anfangs 2 Monate lang frigid, jetzt geschlechtlich sehr erregbar. Hautreflexe erhalten, Pharynxreflex fehlt.

II. Traumatische Hystero-Neurasthenie. 34jähriger Schiffszimmermann, fällt am 26. Mai 30 Meter hoch herab, zuerst auf die linke Ferse. Verrenkung des Daumens, tiefe Wunden unter der linken Augenbraue und an der Unterlippe. Keine Bewusstlosigkeit. Nach der Verletzung ängstlich, erregt, geschwätzig, so dass ihn der Arzt für betrunken hält. Nach 5 Tagen Ecchymose der rechten Conjunctiva und des Zahnfleisches, herabgesetzte Sensibilität des Gaumens und der Zunge, erschwerte Sprache. Pat. ist anhaltend erregt. Schmerzen in der Ferse und im Kopf. Am 18. Juni wird constatirt: Stottern, convulsivische Zuckungen der Gesichtsmuskeln, Hemianalgesie der rechten Körperhälfte, Fehlen des Pharynxreflexes, concentrische Einengung beider Gesichtsfelder. Pat. ist erblich belastet und selbst ein sonderbarer Mensch, litt im 15. Jahre ein Jahr lang an allgemeinem Zittern. Seit der Verletzung ist er reizbar, leidet an Schlaflosigkeit und Albdrücken. Nach Application des Magneten an die rechte Körperhälfte verschwand die Analgesie, aber es trat eine 2 Monate anhaltende Contractur der linken Halsseite und des linken Beines ein. Genesung im October. Die Aenderung des Charakters, die ängstliche Reizbarkeit, die Schlaflosigkeit und den Kopfschmerz rechnet Verf. der Neurasthenie zu.

III. Complexe Neurose traumatischen Ursprungs, Symptome der Hysterie, der Neurasthenie und der *Graves*'schen Krankheit.

35jähriger Handlungsdiener, erblich belastet. Fiel 1886 von einem 8 Meter hohen Felsen herab in das Meer. Bewusstlos, aber ohne äussere Verletzung. Fieberte mehrere Tage und hatte Albdrücken. Arbeitete danach 3 Monate lang und litt nur noch an Albdrücken. Im Febr. 1887 Mattigkeitsgefühl, Schwierigkeit die Aufmerksamkeit zu fixiren, konnte im Dunkeln kaum gehen, Palpitationen, allmälige Prominenz der Bulbi. Zu diesen Beschwerden traten im Mai Traurigkeit, Selbstmordgedanken, Kopfschmerz, Globusgefühl. Pat. ist unfähig zu arbeiten, hielt sich 2 J. lang in Paris in verschiedenen Spitälern auf. Morphium allein verschaffte ihm einige Linderung.

Digitized by Google

Stat. praesens: Kräftiger Mann, finster, traurig, hält sich für unheilbar und denkt an Selbstmord. Anästhesie der ganzen Haut und der zugänglichen Schleimhäute. Muskeln und Gelenke gleichfalls unempfindlich. Abnorme Sensationen an verschiedenen Körperstellen, Kopfschmerz. Die Bulbi prominiren, rechts besteht Dyschromatopsie, beide Gesichtsfelder hochgradig eingeengt. Zittern des Kopfes und der Glieder, welches sich nach Morphiuminjectionen bessert. Muskelkraft links vermindert. Stehen und Gehen bei geschlossenen Augen unmöglich, Diathese zu Contractur. Beschleunigte und verstärkte Herzaction. Urinmenge vermehrt. Leidet gegen Abend an Erstickungsanfällen, welchen Ameisenkriechen in den Beinen vorausgeht und während welcher die Bulbi stark prominiren.

In diesem Falle werden der Kopfschmerz, die psychischen Symptome, die *Graves*'sche Krankheit, Tachycardie, Exophthalmus, die Polyurie und die Palpitationen der Neurasthenie zugerechnet.

Webber, **Fälle von Hysterie mit Hypnotismus behandelt. — Journal of nervous and mental dis. September.**

W. berichtet über zwei derartige Fälle. In dem ersten hatte eine hysterische Dame zeitweise Dämmerzustände mit somnambulischem Charakter. In diesen erkannte sie ihre Umgebung nicht, wusste nicht, wo sie war, erinnerte sich nicht der Vorgänge in ihrem normalen Zustande. War der Anfall vorüber, so wusste sie nicht, was sie während desselben gesagt oder gethan hatte. Dagegen erinnerte sie sich im nächstfolgenden Anfalle wieder der Ereignisse während des vorhergehenden. Durch Streichen der Stirn im somnambulischen Zustande gelang es *W.* die Pat. sogleich in tiefen Schlaf zu versenken. In diesem erwies sie sich für Suggestion sehr empfänglich. Durch Streichen der Stirn wurde die früher oft schlaflose Kranke nun jeden Abend zum Einschlafen gebracht. Bald verschwanden die früheren Dämmerzustände; auch mehrere körperliche Beschwerden — Störungen der Sehfähigkeit, Appetitlosigkeit, übergrosse Empfindlichkeit gegen Geräusche — konnten auf suggestivem Wege gehoben werden.

Im zweiten Falle handelt es sich um eine schwächliche Dame mit hysterischen Anfällen und Kopfschmerzen. Die Menses traten oft um zwei Wochen zu spät ein und waren gewöhnlich von Convulsionen und heftigen Kopfschmerzen begleitet. Unter Hypnose und Brombehandlung erfolgte wesentliche Besserung. *W.* suggerirte der Pat. ungefähr 1 Woche vor dem normalen Eintritt der Regel, die Periode werde zur regelmässigen Zeit kommen und nicht von Convulsionen begleitet sein. Pat. wurde nur um zwei Tage zu spät menstruirt, hatte keinen Anfall und kaum Kopfschmerzen. Bei der nächsten Menstruation, die ebenfalls zur rechten Zeit eintrat, stellte sich wieder kein Anfall ein.

Zum Schluss vergleicht *W.* den Geisteszustand während der Hypnose mit dem bei einem Delirium.

Im Delir ist der Ablauf der Vorstellungen ungeordnet und von zufälligen Einflüssen, die ausserhalb oder im Pat. liegen, abhängig. In dem hypnotischen Zustande ist die Vorstellungsthätigkeit dem Willen eines Andern unterworfen. Davon minder verschieden ist der Geisteszustand im Traum. Während des Traums sind die Gedanken am wenigsten geordnet und aller Controle entzogen und geben so Veranlassung zu den absurdesten Ideenverbindungen. *Vorster.*

***Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, Die Ernährung bei Hysterie. Progrès médical. No. 39. 43. 46. (Forts.)**

Die Kranke wird durch Pression des linken Ovariums aus dem Anfalle erweckt. Sie hat während des 5tägigen Schlafes 1,900 g abgenommen. Die Berechnung der Phosphate im Urin ergab am ersten Tage des Schlafes Umkehrung der Formel derselben. Der Harnstoff erreichte erst 2 Tage nach dem Erwachen seine gewöhnliche Höhe.

Eine 17jährige hatte 5 mal Anfälle von hysterischem Schlafe von 5 bis 8tägiger Dauer und magerte während dieses Schlafes täglich um 3 bis 500 g ab. Die Urinmenge, der feste Rückstand, die Urate und Phosphate waren vermindert. Urinmenge und Urate nahmen vor dem Erwachen wieder zu, und man kann auf Grund dieser Thatsache die Rückkehr des Normalzustandes vorhersagen.

Das Verhalten der Excrete während des lethargischen Zustandes ist nicht die einfache Folge einer gewöhnlichen Abmagerung, es muss vielmehr so lange als ein besonderes Symptom der Hysterie angesehen werden, bis erwiesen ist, dass sich Aehnliches auch bei anderen krankhaften Zuständen findet. Bei der gewöhnlichen Inanition sinken Urinmenge und Urate progressiv, hier steigen dieselben gegen Ende des Schlafes wieder an, ohne dass Nahrung gereicht wurde.

Es ergibt sich, dass der Status hystericus in jeder Form nur einen verlängerten hysterischen Anfall darstellt, bei welchem Abnahme der Urinmenge, des festen Rückstandes, der Urate und Phosphate mit Umkehrung der Formel der letzteren vorkommt. Die Abmagerung während des Status ist constant und beträgt 2—500 g pro Tag.

Die Ernährung während der Anorexie, dem Erbrechen und der permanenten motorischen Störungen der Hysterie.

Verff. sehen nur eine reine hysterische Anorexie. Nach *Charcot* kann dieselbe bis zu skelettartiger Abmagerung und zum Tode führen.

Hysterisches Erbrechen. *Charcot* fand, dass die Urinmenge und die Menge des Erbrochenen alterniren, er wies Harnstoff in dem Erbrochenen und in dem Blute nach. Nach *Bouchard* enthalten freilich die erbrochenen Massen von jedem beliebigen Kranken Harnstoff.

Bouchard und *Charcot* geben an, dass die Ernährung beim hysterischen

Digitized by Google

Erbrechen nur wenig leide. Verff. fanden im Gegentheil in 2 Fällen, dass die Ernährung in besonderer Weise alterirt wird.

Die 19jährige O. litt von April bis October an hysterischem unstillbarem Erbrechen. Sie wurde durch die Schlundsonde mit Milch ernährt. Nach jeder Fütterung trat Erbrechen ein. Während sie aber täglich $3^1/_2$ Liter Milch erhielt, betrug die Menge des Erbrochenen täglich nur 175 bis höchstens 1270 ccm, im Mittel 4—500 ccm. Das Erbrochene enthielt stets Harnstoff. Die tägliche Urinmenge schwankte zwischen 250 bis 600 ccm. Das Körpergewicht sank stetig von Monat zu Monat von 51 kg auf 45 kg im September. Im October hörte das Erbrechen auf und das Körpergewicht stieg wieder.

Die 15jährige D. trat im December 1888 mit unstillbarem hysterischem Erbrechen ein. Sie erhielt täglich 1000—1200 ccm Milch eingefüllt und erbrach täglich 300—800 ccm Flüssigkeit. Das Erbrochene enthielt zwischen 0,33—2,05 g Harnstoff täglich. Die tägliche Urinmenge betrug 350—750 ccm. Die Kranke nahm bis Mitte Januar um 4,840 kg ab, oder 325 g durchschnittlich am Tag. Das Brechen hörte auf und Pat. nahm bis zum 22. Jan. um 2,210 kg zu. Es folgte ein dreitägiger Schlafzustand, während dessen das Gewicht wieder um 1 kg sank. Nach dem Erwachen stieg das Gewicht bis zum 30. Jan. wieder um 2 kg. Nachdem dasselbe nach einem weiteren fünftägigen Schlafzustand abermals gesunken war, stieg das Körpergewicht bis zum 20. Febr. wieder um rund 8 kg.

Bei hysterischen Contracturen und Paralysen, sowie bei dem hysterischen Zittern konnten Verff. keine Störungen der allgemeinen Ernährung nachweisen.

Die Resultate sind wichtig für die Erkennung abnormer Fälle von Hysterie, ganz besonders aber für die Unterscheidung zwischen dem epileptischen und dem hysterischen Krampfanfall. Beim epileptischen Anfalle sind alle Bestandtheile des Urins gegenüber dem Normalzustande vermehrt, bei dem hysterischen Anfalle dagegen vermindert.

Auch bei den Anfällen von partieller symptomatischer Epilepsie, wie bei den Anfällen der gewöhnlichen Epilepsie steigen die Procentsätze der in dem Urin enthaltenen Bestandtheile innerhalb 24 Stunden, während dieselben bei der partiellen hysterischen Epilepsie sinken.

***Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*,** Die Ernährung bei Hysterie. — Progrès méd. No. 51.

Verff. hatten in einer früheren Arbeit nachgewiesen, dass während der Hypnose der feste Rückstand des Urins, der Harnstoff und die Phosphate desselben, abnahmen, mit Umkehrung der Formel der Letzteren. Sie hatten hieraus den Schluss gezogen, dass der Hypnotismus ein pathologischer Zustand sei. *Voisin* und *Harant* haben danach Untersuchungen des Urins einer geisteskranken Hysterica veröffentlicht und auf Grund derselben er-

klärt, die Ernährung sei während der Hypnose nicht gestört, die Hypnose sei kein pathologischer Zustand.

G. und *C.* weisen in dem kurzen Artikel nach, dass die Untersuchung von *Voisin* und *Harant* an sich unzureichend gewesen ist, im Wesentlichen aber eine Bestätigung des von ihnen gefundenen Resultates enthält, nämlich Verminderung des Harnstoffes und der Phosphate mit Umkehrung der Formel derselben.

***Wichmann*, Eine sogenannte Veitstanzepidemie in Wildbad. — Deutsche med. Wochenschr. No. 29. 30.**

In einer längeren Einleitung bespricht *W.* die Geschichte der Chorea und der Chorea-Epidemien und stellt die Unterschiede zwischen Chorea minor und major fest. Die Letztere weist er mit zahlreichen namhaften Autoren ohne weiteres der Hysterie zu. Im Weiteren stellt er den Begriff der psychischen Infection fest. Er führt in überzeugender Weise aus, dass es sich bei der sogen. psychischen Infection weder um eine Infection noch um eine Imitation handelt, sondern dass hier eine Art unbewusste Autosuggestion die wesentlichste Rolle spielt. In Uebereinstimmung mit anderen Forschern hebt *W.* das Vorhandensein von psychischen Abnormitäten in den meisten Fällen von Chorea minor hervor.

Im Mai 1885 wurden 74 Mädchen der Schule in Wildbad revaccinirt. Von diesen erkrankten im Laufe des Sommers und Herbstes 9 an Zittern. Von diesen 9 wurden später 4 von Chorea befallen. Ueberhaupt aber erkrankten von sämmtlichen im Mai 1885 in Wildbad geimpften Kindern 24 Knaben und Mädchen an Chorea. Vor der Impfung litten schon zwei Kinder an Chorea. Zuerst erkrankten 18 Mädchen, und nachträglich erst 8 Knaben. Bei den Mädchen bestand die Affection 13mal in Chorea rhythmica und 5mal in Chorea minor, bei den Knaben nur in Chorea rhythmica. Ein Zusammenhang der Epidemie mit Gelenkrheumatismus fand nicht statt.

Der Epidemie voraus ging die Erkrankung eines Mädchens, welche 1883, 1884, 1885 und 1886 Anfälle von Chorea minor durchmachte. Zwischen das 3. und 4. Recidiv derselben fällt die Epidemie, welche vom Herbst 1885 bis Frühjahr 1886 andauerte. Die Anfälle von Chorea rhythmica bestanden meist in stampfenden Bewegungen der Füsse, besonders beim Sitzen, durch welche in der Schule erheblicher Lärm verursacht wurde.

Die 24 Fälle werden kurz skizzirt.

Die Ursache für den grossen Umfang der Epidemie erblickt *W.* in dem Umstande, dass die erkrankten Kinder nicht vom Anfange an von der Schule fern gehalten wurden. Es handelte sich um durch das gemeinsame Interesse der Schule umschlungene Kinder, welche kurz vor der Pubertät stehen, welche zum Theil schon frühe die Noth des Lebens kennen gelernt hatten, und von denen mehrere erblich belastet waren.

Digitized by Google

So lag bei diesen Kindern ein labiles Nervensystem vor, welches nothwendigerweise unter der steten Gegenwart der von Krämpfen Befallenen zu leiden hatte. Von Nachahmung oder psychischer Ansteckung kann man hier nicht sprechen. Aber eine Art von langsamem Shock musste der stetige Anblick und der Verkehr mit den disponirten Kindern hervorrufen, es entstanden in dem Gehirn der Kinder die Vorstellungsbilder der Krämpfe, welche sie sahen, gleichsam auf dem Wege der Autosuggestion unbewusst. Waren diese Bilder erst einmal percipirt, so waren sie auch geeignet als Reiz zu wirken und sich in unwillkürliche Bewegungen der Muskeln zu übertragen. Bei den meisten entstanden auf solchem Wege rhythmische Zuckungen, welche man der Hysterie zurechnen muss, nur bei wenigen bildete sich eine ächte Chorea minor aus.

Brissaud, **Der saltatorische Krampf. — Arch. génér. de médicine October, November.**

Der Spasmus saltatorius ist eine gelegentliche Erscheinung bei der Diathese zu Contracturen, und ist meistens ein Symptom der Hysterie.

Druck auf den Unter- oder Oberschenkel, also beim Stehen Druck auf die Fusssohle, erregt Muskelcontractionen in den Beinen, in Folge deren die Kranken in sonderbarster Weise hüpfen und hinfallen, wenn sie sich nicht irgendwo festhalten. Manche Kranke können noch unter schleudernden Bewegungen der Füsse gehen, ähnlich wie die Tabetiker.

Im Liegen treten die Zuckungen ein beim Erheben des Fusses, bei Percussion der Tibia oder der Patellarsehne, bei Kitzeln der Fusssohle.

Den Muskelcontractionen geht ein kurzes Zittern des Beines vorher (Epilepsie spinale), besonders wenn dieselben im Liegen hervorgerufen werden.

Auch psychische Erregung (z. B. plötzliches Wegziehen der Bettdecke) kann den Krampf hervorrufen.

Bei horizontaler Lage sind die Beine etwas steif, bisweilen in dem Grade, dass das Aufsitzen fast unmöglich ist. Der Versuch einer Beugebewegung ruft den Krampf hervor. Im Schlafe dagegen werden alle Bewegungen gemacht.

Bald sind beide Beine gleichzeitig befallen, bald eines nach dem anderen in verschiedener Stärke, bald ist nur ein Bein ergriffen, und zwar in der Regel das rechte. Manchmal kommt ein schmerzhafter Krampf der Beugemuskeln des Oberschenkels war, durch welchen die Ferse an den Hinterbacken gedrückt wird. Meistens sind diejenigen Muskeln am Heftigsten ergriffen, welche am Entferntesten vom Rumpfe liegen. Bei Kranken, bei welchen nur ein Bein befallen vor, wurde Transfert beobachtet.

Häufig sind Wadenkrämpfe vorhanden, und fast immer ein heftiger, intermittirender Rückenschmerz, der bisweilen hoch oben sitzt. Er scheint gewöhnlich dem Krampf vorauszugehen, und mit dem Auftreten desselben zu verschwinden.

Die Krankheit tritt schleichend und progressiv auf, sie beginnt meist mit Rückenschmerz und Schwere in den Beinen, kann einige Jahre lang bestehen, heilt aber ohne Ausnahme. Männer werden häufiger befallen als Frauen.

I. (Beobachtung von *Bamberger*.)

Ein 19jähriger Mann empfindet nach Heilung einer Pneumonie grosse Schwäche in den Beinen, zu welcher sich mehrere Tage lang heftige Wadenkrämpfe gesellen. Beim Verlassen des Bettes treten Steifigkeit und heftige Zuckungen in den Beinen ein. Pat. fällt um und schnellt bei jedem Versuche auf den Füssen zu stehen in die Höhe. Sobald er wieder im Bett liegt ist alles vorüber. Ein Mann hebt ihn im Arm in die Höhe und es treten heftige Schleuderbewegungen der Beine ein. Kitzeln der Fusssohle, Anstemmen der Füsse gegen das untere Bettbrett erregen den Krampf. Hierzu gesellten sich choreatische Zuckungen im Gesicht, Palpitationen, Erethysmus der Pupillen, Steigerung der Hautreflexe. Es trat ein continuirliches Fieber auf, nach dessen Ablauf auch die Krämpfe verschwanden.

II. (Beobachtung von *Bamberger*.)

Eine 30jährige, magere Frau litt an Chlorose und rundem Magengeschwür. Nach eingetretener Besserung klagte Pat. über grosse Schwäche in den Beinen. Beim Versuche das Bett zu verlassen, traten die gleichen Krämpfe ein, wie in Fall I, nur dehnten sich dieselben auch auf Arme, Hals und Gesicht aus. Hyperästhesie einiger Rückenwirbel. Bei Untersuchung der Reflexerregbarkeit dehnte sich der Krampf auch auf den Rumpf aus.

Nach einigen Monaten geheilt. Vier Monate später Anfall von Magenkrampf, auf welchen ein zweitägiger tetanischer Anfall mit Coma folgte. *Bamberger* selbst bezeichnet die Affection als hysterisch.

Verf. ist der Ansicht, dass auch die 5 von *Gowers* mitgetheilten Fälle der Hysterie zuzurechnen sind, desgleichen die Beobachtungen von *Frey*, *Guttmann*, *Kallmann*, *Landouzy*.

III. (Beobachtung von *Westphal*.)

Ein 35jähriger Zugführer ist das Opfer eines Zusammenstosses von 2 Bahnzügen. Zunächst unverletzt empfindet er nach 2 Stunden heftigen Kopfschmerz, Lendenschmerz, Anwandelungen von Ohnmacht. Nach vier Monaten geheilt, bemerkt er beim Aufstehen, dass sein rechtes Bein zittert. Dies verliert sich nach 6monatlicher Bettruhe. Nach dem Wiedereintritt in den Dienst zeigt sich, dass der rechte Arm paretisch ist. Pat kann nichts festhalten, bei der Extension tritt Zittern ein, wie früher im Beine. Das Gehen wird schwierig, das Bein biegt sich krampfhaft im Knie, Pat. tritt mit der Fussspitze auf, es stellt sich Zittern im Beine ein, welches auch beim Sitzen auftritt, sobald der Fuss den Boden berührt. Im Liegen sistiren die krampfhaften Bewegungen, jedoch bestehen Zuckungen im Triceps. Das Zittern ist links stärker als rechts. Es besteht Nackenschmerz.

Digitized by Google

Westphal hat den Fall als multiple Myelitis aufgefasst, Verf. erklärt denselben für eine traumatische Hysterie.

IV. (Beobachtung von *Feinberg*.)

Ein Mann empfindet nach einem Eisenbahnunglücke heftige Rückenschmerzen, Steifigkeit im Rücken und Lähmung des rechten Beines. Nach 8 Monaten bis auf eine Schwäche des Beines geheilt. Nach $1^1/_2$ Jahren plötzlich rechtseitige Hemiplegie, welche rasch wieder verschwindet. Danach tritt eine linksseitige Hemiplegie ein.

Keine Störung der Sensibilität, starke Steigerung der Reflexe, Herabsetzung der elektrischen und galvanischen Erregbarkeit. Beim Streicheln der Beine tritt heftiges Zittern derselben auf. Wenn sich Pat. im Bett aufsetzt, zittern alle Glieder lebhaft. Stellt man ihn aufrecht, so springt er unaufhörlich in die Höhe. Im Liegen, wenn sich Pat. nicht beobachtet glaubt, bleiben alle Muskeln schlaff. Rasche Heilung.

Feinberg hat den Fall als spinale spasmodische Lähmung beschrieben. Verf. erklärt die Symptome für hysterische und begründet dies näher.

V. (Beobachtung von *Henck*.)

Ein 27jähriger Mann empfindet 8 Tage nach einer Erkältung Schwäche und Steifigkeit in den Beinen und Rückenschmerz. Nach 4 Tagen Zunahme der Steifigkeit, kann die Kniee nicht beugen. Auch im Liegen bleiben die Kniee steif, die Streckmuskeln der Schenkel sind hart und steif. Fibrilläre Zuckungen in den Schenkeln, zeitweise unterbrochen von einer plötzlichen Convulsion des ganzen Gliedes. Gehen fast nicht möglich, beim Stehen heftiges Zittern beider Beine. Nach 6 Wochen vollständige Heilung. Keine Störungen der Sensibilität.

Verf. rechnet diesen von *Henck* als acute spasmodische Lähmung beschriebenen Fall zu dem Spasmus saltatorius.

VI.

N. . . ., 70 Jahre alt, erkrankt Ende 1879 unter heftigen Schmerzen in den Lenden, dem Hals, Armen und Brust. Von April 1880 an werden die Beine schwer, Pat. kann kaum noch gehen. Im Juli ist das Gehen ganz unmöglich. Beim Stehen und Sitzen tritt starkes Zittern der Beine ein, welches sich zu heftigen convulsivischen Bewegungen steigert. Die horizontale Lage ist allein möglich, und auch da bestehen lebhafte Schmerzen in den Knieen. Später ziehen sich plötzlich die Unterschenkel an die Oberschenkel an. Klopft Pat. auf die Vorderfläche der Oberschenkel, so strecken sich die Unterschenkel unter lebhaftem Schmerz in den Knieen. Das Zittern ist im rechten Beine stärker als in dem linken. Hautsensibilität intact. Im September heftige ziehende Schmerzen in den Beinen, als ob die Muskeln zerrissen. Das Zittern ist besonders stark, wenn Pat. die Füsse auf den Boden setzt. Vom October an leichte Besserung. Im December wird Erhöhung der Hautsensibilität wahrgenommen. Percussion der Patellarsehne, welche sehr schmerzhaft ist, bewirkt Zittern beider Beine. Im März 1881 Abnahme der Schmerzen, willkürliche Bewegungen

im rechten Beine nehmen zu. Schwellung des linken Kniees. Der linke Unterschenkel ist beständig gegen den Oberschenkel gebeugt. Unter Schwankungen trat bis März 1882 Genesung ein.

B. hält auch diesen Kranken für hysterisch, weil der Krampf sich bei ihm ganz so wie bei Hysterischen entwickelte, und weil derselbe vollständig heilte.

VII. (Beobachtung von *Rendu.*)

Ein 38jähriger, reizbarer Mann erlitt 1873 einen epileptiformen Anfall, welcher seitdem öfter wiederkehrte. Er trat in das Spital ein wegen allgemeinen Zitterns, welches sich bei intendirten Bewegungen steigerte und dem Zittern bei multipler Sklerose glich. Ausserdem war Kopfschmerz, Abnahme der Intelligenz und undeutliche Sprache vorhanden, aber kein Nystagmus. Steigerung der Sehnenreflexe, Anästhesie der linken Gesichtshälfte, Abschwächung des Gehörs auf der linken Seite, concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Farbenblindheit sicherten die Diagnose der Hysterie. Im Juli 1890 bestanden alle diese Symptome noch in geringem Grade, ausserdem aber litt der Kranke an Spasmus saltatorius. Wenn man den Kranken plötzlich aufdeckt, so beginnt das rechte Bein zu zittern, es wird hin- und hergeworfen, dann wird auch das linke Bein befallen und endlich auch die Arme. Hebt man das Bein in der Kniekehle, so wird das Zittern ganz übermässig. Wird das Zittern allgemein, so tritt bisweilen ein hysterischer Anfall ein. Der Krampf tritt auch auf Reizung der Haut des Beines ein. Das Gehen ist in Folge des starken Zitterns sehr erschwert, das Stehen auf einem Beine ist nicht möglich. Auch beim Sitzen auf der Bettkante tritt der Krampf ein, ebenso bisweilen im Liegen, so dass der Unterschenkel an den Oberschenkel heraufgezogen wird. Die Krämpfe verloren sich nach 1 Monat, das Zittern blieb bestehen.

VIII.

Eug. L., 25 Jahre alt, war Soldat in Tonkin und litt dort an Malaria und Dysenterie. October 1889 Lendenschmerzen, welche sich steigerten und ihn am Liegen hinderten. Schwäche in den Beinen, Schwierigkeit beim Gehen. Harndrang. Herabgesetzte Sensibilität an den Beinen, erhöhte Patellarreflexe, epileptoides Zittern der Beine. Im December wird constatirt: Muskelspannung an den Beinen, selbst im Liegen, zeitweise Krämpfe und heftige Zuckungen derselben. Beim Sitzen und Gehen bleiben die Spannung und das Zittern der Muskeln bestehen, Pat. hüpft tanzend und muss sich sogleich anhalten, um nicht zu fallen. Vorübergehend Nackenschmerz. Januar und Februar Schmerzen der ganzen Wirbelsäule. Kann fast nicht gehen, sobald die Fusssohle den Boden berührt, schnellt die Ferse in die Höhe. Das Zittern verschwindet in der horizontalen Lage. Beide Unterschenkel anästhetisch. Sohlenreflex fehlt, Patellarreflex gesteigert. Das Zittern tritt sofort ein, wenn man dem Kranken das Bein hebt, es ist rechts stärker als links. An der rechten Hinterbacke eine hyperästhetische Zone. Von April an Besserung. Im Juni sind alle Bewegungen möglich in hori-

Digitized by Google

zontaler Lage, es besteht noch rythmische Abasie. Bis August völlige Genesung.

Das Auftreten des Zitterns in der horizontalen Lage nach Hautreizen unterscheidet den Fall von der Abasie-Astasie. Wenn sich auch der Spasmus saltatorius vorwiegend bei Hysterischen findet, so kann er ausnahmsweise auch bei Erkrankungen des Rückenmarkes vorkommen.

***Tokarski, A. A.*, Die sogenannte Krankheit „Merjatschenie“ und die Krankheit der krampfhaften Zuckungen. — Gesammelte Abhandlungen. Moskau 1890.**

Die zu beschreibende Krankheit hatte *T.* Gelegenheit selbst in Sibirien zu beobachten; er charakterisirt dieselbe als eine Psychose, deren Eigenthümlichkeit in einer zwangshaften Nachahmung von Worten, Geberden und Handlungen besteht, welche andere Personen selbst ausführen oder dem Kranken befehlen auszuführen, wobei keine anderen Störungen des geistigen Lebens beobachtet werden. Das Wort Merjatschenie ist jakutischen Ursprunges, und in der amerikanischen und französischen medicinischen Literatur in „Myriaschit“ umgeändert worden. Das Wort bedeutet „Eigenthümlichkeiten begehen“; in einigen Gegenden Sibiriens ist es gleichbedeutend mit dem mongolischen Worte „Elginscha, Olgindscha“ gleich furchtsam, ängstlich sein. Aehnliche oder verwandte krankhafte Erscheinungen wurden von *Gerstäcker* auf der Insel Java beobachtet. Dr. *Kaschin* bezeichnet dies Leiden als Chorea imitatoria.

Tokarski betont ganz ausdrücklich, dass das Merjatschenie weder mit dem „Jumping, Latah“ und noch viel weniger mit den „Maladies des tics convulsifs“ (*Gilles de la Tourette*) zusammengemischt werden dürfe und eine für sich bestehende, selbstständige Krankheit darstellt. Er beschreibt zwei solcher Fälle, die er selbst beobachtet.

Als Ursache betrachtet er eine pathologische Erblichkeit und krankhaft erhöhten Nachahmungstrieb, zufällige Ursachen oder eine psychische Ansteckung, Schreck, leichte Affecterregung.

Männer und Frauen wurden fast im gleichen Maasse befallen. Gewöhnlich entwickelte sich die Krankheit ziemlich rasch. Die Krankheit tritt häufig zu einer und derselben Zeit bei vielen Personen auf und bildet quasi kleine Epidemien, die von einer Person ihren Anfang nehmen. Behandlung: Körperliche und geistige Ruhe. Vermeidung von Aufregung. Roborantia. Die Heilung ist immer leicht. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig.

Wright, T. L., **Die Trunkenheit. Ihr Einfluss auf die Moralität. — The alien. and neurol. Juli.**

Eine psychologische Studie mit dem Resultat, dass der Rausch seiner eigensten Natur nach zu allen möglichen moralischen Perversitäten, insbesondere zum Verbrechen führt.

Hughes, C. H., **Die psychopathischen Folgen der erblichen alkoholischen Belastung. — The alien. and neurol. Oct.**

In dem vor einem grösseren ärztlichen Publicum gehaltenen Vortrag schildert *Hughes* in eindringlicher Weise die Verwüstungen, welche der Alkohol im psychischen Leben des Trinkers und mehr noch seiner Nachkommen anrichtet. Er betont die geringere Widerstandsfähigkeit der Nachkommen gegen Alkohol, deren Folgen sich namentlich auch in verbrecherischen Handlungen kundgeben und fordert eine weitgehende Berücksichtigung einer derartigen erblichen Belastung bei der Beurtheilung in fore

Jakimow, N., **Ueber Trunksucht und den Einfluss des Alkohols auf Veränderungen des Nervensystems. Aus der Klinik des Prof. *Mierzejewski*. — Wjestnik psych. Jahrg. VII. H. 2.**

Die Arbeit des Verfassers zerfällt in zwei Theile; im ersten spricht er überhaupt über den Einfluss und die Bedeutung des Alkohols auf den menschlichen Organismus, alles darüber Bekannte, beginnend mit *Bikra* und *Huss*, endend mit *Strümpel* und *Korsakow* anführend.

Dies als bekannt voraussetzend, erlaube ich mir nur, das speciell auf Russland Bezug habende anzuführen. Im zweiten Theile bespricht er die strittige Frage, ob die Einwirkung auf den Organismus peripheren oder centralen Ursprungs sei, wobei er sich auf eigene Experimente und genaue mikroskopische Untersuchung stützt.

Der in Russland gebrauchte Branntwein (Schnaps) hat einen 40procentigen Alkoholgehalt. Im Jahre 1884 wurden im europäischen Russland 8 265 592 Hektoliter getrunken, was auf jeden Einwohner 9,22 Liter ausmacht, angenommen aber, dass nur ein Drittel aller Einwohner trinkt, so macht das pro Kopf 27,6—28,4 Liter. Wird nun der Preis eines Eimers gleich 11 Liter mit 5 Rubel angenommen, so wurden im Jahre 1884 allein für Branntwein 340 Millionen Rubel verausgabt. In demselben Jahre gab es 152 292 Branntweinschänken, das ist also 1 Schänke auf 666 Einw.

In Petersburg waren im Jahre 1886 2419 Schänken, also 1 auf 350 Einw., da die Einwohnerzahl 850000 betrug, getrunken wurden pro Kopf 28,29 Liter Schnaps und 46,5 Liter Bier.

Digitized by Google

Der Branntwein-Consum steigert sich in der Richtung von Südwest nach Nordost. Die Trunksucht ist nicht Erscheinung des übermässig genossenen Alkohols, sondern eine Folge des Gebrauchs desselben ohne jede Regelmässigkeit und im Uebermaass besonders des ungereinigten Alkohols (Amylalkohol). Prof. *Mierzejewski* schreibt dem Alkohol nicht nur einen grossen Einfluss auf das directe Entstehen von Neuro- und Psychopathien zu, sondern auch auf die Entstehung der Degeneration und Vererbung. Die Trunksucht in Russland ist mehr unter den Männern als Frauen verbreitet, im Verhältniss von 10 : 1. Statistische Untersuchungen in Petersburg während des Jahres 1886—87 ergaben 1980 ausgeführte und versuchte Selbstmorde, in welchen constatirt werden konnte, dass 21,3 pCt. der Geisteskrankheit und 49,5 pCt. der Folge des Alkoholmissbrauchs zugeschrieben werden mussten.

Der Einfluss der Trunksucht auf die allgemeine Sterblichkeit ist ein überaus grosser, im Jahre 1882—1886 wurden 48865 plötzliche Todesfälle constatirt, wovon 10,9 pCt. der Trunksucht zur Last fallen.

Im zweiten Theile bespricht er die verschiedenen Ansichten über die centrale und periphere Entstehung der alkoholischen Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der russischen Arbeiten von *Sudeikin*, *Korsakow*, *Minor* und *Erlicki*, um dann zu seinen eigenen Experimenten und Untersuchungen überzugehen.

Er stellte sich die Aufgabe einer genauen mikroskopischen Untersuchung des ganzen Nervensystems solcher Thiere, welche einer acuten oder chronischen Alkoholvergiftung unterworfen worden waren. Zu diesem Zwecke benutzte er 20 Hunde, 15 ausgewachsene und 5 junge. Das Gewicht der ersten betrug 4,5—5, das der jungen 1,5—2 kg. Zur Vergiftung diente 50 pCt. Alkohol, welcher den Thieren künstlich, früh nüchtern, mittelst der Sonde beigebracht wurde im Verhältnisse von 1—8 ccm auf 1 kg Gewicht. Chronische Vergiftung, im klinischen Sinne, wurde bei 13 ausgewachsenen und 3 jungen, acute bei 1 ausgewachsenen und 1 jungen, gemischte ebenfalls bei 1 ausgewachsenen und 1 jungen Hunde durchgeführt. Bei der gemischten Vergiftung bekamen die beiden Hunde den Alkohol während eines Monats, worauf sie dann eine tödtliche Gabe erhielten.

Während der ersten Tage beobachtete man bei ausgewachsenen Hunden Uebelkeit und Erbrechen, (letzteres fehlte bei den jungen Thieren), 5—15 Minuten, nachdem sie den Alkohol erhalten. Der Gang wurde langsamer und schwankend, der Kopf hing herab, der Ausdruck war ein stumpfer, Erschütterungen des ganzen Körpers und Schlaf: der Puls war beschleunigt, einige Mal sank die Temperatur um $^1/_2$—1 Grad. Nach 7 bis 10 Tagen wurden die Hunde traurig, achteten nicht mehr auf den Ruf, der Gang noch langsamer, der Appetit geringer, Abnahme des Gewichts. Dieser Zustand steigerte sich mit der Zeit, zugleich bemerkte man eine gesteigerte Empfindlichkeit. Die Patellarreflexe blieben normal oder wur-

den immer schlechter, der Gang schwankender, allgemeine Muskelschwäche, besonders der hinteren Extremitäten, schliesslich paretische Erscheinungen, Apathie und der Tod. Auf diese Weise starben zwei Hunde nach 5 bis 6 Wochen, 3 nach 8 Monaten und 8 nach 5—6 Monaten. Der Gewichtsverlust betrug beim Tode $^1/_3$—$^1/_2$ des ursprünglichen Körpergewichtes.

Die jungen Hunde besassen anfänglich eine grössere Widerstandskraft gegen den Alkohol. Die Ernährung, ja der Wuchs litten wenig, doch nach 3 Monaten traten dieselben Erscheinungen wie bei den ausgewachsenen Hunden ein; einer ging nach 4, einer nach 6 und einer nach $7^1/_2$ Monaten zu Grunde. Der Gewichtsverlust betrug $^1/_2$—1 kg im Verhältnisse zu dem ursprünglichen Gewichte. Der alte und der junge Hund, welche schliesslich acut vergiftet wurden, erlagen, der ausgewachsene nach 32 Stunden, in welcher Zeit er 380 ccm, der junge nach 30 Stunden und 320 ccm erhalten, wie oben gesagt, verdünnte Alkohol.

Die zur acuten, ohne vorhergehende chronische Vergiftung benutzten Hunde erlagen nach 30 Stunden. Der ausgewachsene wog 4,5 Kilo und erhielt 365 ccm, der junge wog 2 Kilo und erhielt 225 ccm verdünnten Alkohol.

Die Sectionen wurden gleich nach dem Tode gemacht. Brust- und Bauchorgane normal, nur der Magen zeigte Hyperämie und bedeutende Schleimansammlung, besonders bei den acut vergifteten Thieren, bei diesen waren auch die Lungen hyperämisch. In den Schädelhöhlen, Kanal der Wirbelsäule, harten und weichen Häuten des Gehirns und Rückenmarks keine Veränderung; bei der acuten Vergiftung jedoch Hyperämie der Rückenmarkshäute. Gehirn und Rückenmark makroskopisch ohne Veränderung, nur bei der acuten Vergiftung unbedeutende Hyperämie der Oberfläche und Durchschnitten des Gehirns.

Mikroskopisch untersucht wurden das Hirn, Rückenmark, die Nervenwurzeln, Zwischenwirbelanschwellungen und die peripheren Nerven aller vier Extremitäten, und zwar in verschiedener Höhe und verschiedene Zweige, besonders aber die Muskelhautenden. Die Gehirne wurden mit doppeltchromsaurem Kali, die Nerven mit Osmiumsäure gehärtet.

Alle Theile wurden in Schnittserien untersucht, zur Färbung diente Ammoniakcarmin und die *Weigert*'sche Methode; die Nerven wurden zerfasert und mit Carmin, Picrocarmin gefärbt.

Die Untersuchung der peripheren Nerven, Nervenwurzeln, Zwischenwirbelanschwellungen ergab nirgends auch nur einen Schein von pathologischer Veränderung und erwies sich überall als vollkommen normal.

Das Rückenmark, beginnend vom verlängerten Mark, bis zu seinem Ende zeigte keine Veränderung weder in der weissen Substanz, noch im Nervengewebe. In der grauen Substanz waren die Gefässe durchgängig erweitert und mit Blut gefüllt, die Gefässwände normal. In den Nervenzellen sichtbare Vacuolisation an der Peripherie der Zellen, dieselbe zur Hälfte oder ganz umfassend. Oft fand dieser Process aber im Innern

Digitized by Google

selbst statt, weiter wurde in dem Protoplasma der Zellen eine Spaltbildung in der Richtung vom Centrum zur Peripherie, oder Segmente bildend, wahrgenommen. Solcher Spaltbildungen, die sich mit den Vacuolen vereinten, befanden sich oft mehrere in einer Zelle. Seltener waren die Vacuolen um die Zellenkerne gelagert, in der Mitte der Zelle ein helles ringförmiges Segment bildend, von welchem aus längliche Spalten das Protoplasma theilten. Der körnige Bau der Zellen verlor seine Deutlichkeit und stellte sich getrübt und von mattem Aussehen dar. In solchen Zellen erschienen die Fortsätze undeutlich. Die Trübung ging sozusagen parallel der Vacuolenbildung. Die Zellenkerne und Kernkörperchen verloren in so veränderten Zellen ihre Deutlichkeit und waren kaum zu unterscheiden. Ueberhaupt jedoch war dieser Process in den Zellenkernen und Kernkörperchen weniger ausgesprochen. Die vacuolisirten und veränderten Zellen bekamen eine unregelmässige, eckige Gestalt. Das Gehirngewebe war in der Nähe der Gefässe oft mit plasmatischem Exsudate durchtränkt.

Diese Veränderungen wurden in den Vorderhörnern am häufigsten beobachtet, fanden sich aber auch in anderen Theilen der grauen Substanz. Veränderungen der grauen Substanz fanden sich in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarkes, am deutlichsten aber in der Hals- und Lendenanschwellung, in letzterer aber weniger stark entwickelt als in ersterer.

Auch in den Kernen der Hirnnerven, den Zellen der Oblongata und im Pons wurden diese Veränderungen gefunden, jedoch weniger deutlich als im Rückenmark. In der grauen Substanz des Gehirns waren die Zellen in geringerer Zahl und weniger deutlich verändert, die weisse Substanz zeigte aber gar keine Veränderungen. Die Zellen des Kleinhirnes waren fast nie verändert. Im Gehirn waren die Blutgefässe auch erweitert und überfüllt. Der Process erstreckte sich also im Centralnervensystem in aufsteigender Richtung von unten nach oben, am unbedeutendsten in den Hemisphären des grossen Gehirns.

Diese Veränderungen wurden bei allen Thieren, welche der chronischen Alkoholvergiftung erlegen waren, gefunden. Ebensolche qualitative und quantitative Veränderungen wurden bei acuter und gemischter Alkoholvergiftung gefunden, in den acuten Fällen aber weniger deutlich, als in den gemischten, in letzteren waren auch die Vacuolen und Spaltbildung deutlich vorhanden. In den acuten Fällen fanden sich die Vacuolen nur ausnahmsweise, und das an der Peripherie, die Kerne und Kernkörperchen blieben unverändert, das Protoplasma wenig getrübt. Der Process war aber immer ein aufsteigender und im Rückenmark am deutlichsten ausgebildet.

Die Erweiterung und Ueberfüllung der Blutgefässe war in den acuten und gemischten Fällen der Vergiftungen stärker ausgesprochen als in den chronischen und erstreckte sich nicht blos auf die graue, sondern auch auf die weisse Substanz, ausserdem wurde in den Fällen der gemischten Ver-

giftung in der Lendenanschwellung eine Ansammlung plasmatischen Exsudates in der grauen Substanz der hinteren Verbindung angetroffen.

Je länger der Alkoholgenuss angedauert, um so deutlicher waren die Veränderungen, doch kamen auch Abweichungen von dieser Regel vor. Der pathologische Process fand in allen Fällen statt und zwar ausschliesslich in dem Centralnervensystem, und zwar in der grauen Substanz und deren Zellen. *A. v. Rothe.*

***Ladame*, Hypnotismus und Suggestion in der Behandlung der Trunksucht und Dipsomanie. — Internat. klin. Rundschau. No. 21. p. 862.**

Benedikt, der auf dem psychiatrischen Congress zu Paris geäussert hatte, man bekomme die angeblich durch Hypnotismus und Suggestion geheilten Dipsomanen und Trunkenbolde nirgends zu sehen, war von *L.* eingeladen worden, sich in Genf durch den Augenschein von der Wahrheit solcher Heilungen zu überzeugen, konnte aber dieser Einladung nicht folgen, und so veröffentlicht denn jetzt *L.* einige seiner Fälle, um zu zeigen, dass die Suggestionstherapie bei richtiger Auswahl der Fälle ein werthvolles, wenngleich nur symptomatisch wirkendes Mittel bei der Behandlung der Dipsomanie und des chronischen Alcoholismus sein kann. Recidive sind allerdings nicht ausgeschlossen und dies lässt sich auch aus den 4 angeführten Fällen ersehen.

Am Erfreulichsten war die Wirkung in dem letzten der Fälle: ein 35jähriger Trinker mit Anfällen von Delirium tremens, Gedächtnissschwäche und tiefer melancholischer Verstimmung, die zu energischen Selbstmordversuchen führte, wurde nach 10 Sitzungen vollständig abstinent und blieb bis jetzt (2 Jahre) gesund.

In den 3 anderen Fällen treten Recidive auf. Ein Patient, ein echter Dipsomane, der durch die Behandlung 1 Jahr abstinent blieb, fiel wieder zurück und starb 4 Monate später an Lebercirrhose. Während der Behandlung bemerkte er mehrere Male die Vorboten des dipsomanischen Anfalles, doch brach die Krisis nicht aus.

Eine 37jährige Frau, die sich seit Jahren täglich betrank, nächtliche Hallucinationen hatte und moralisch immer mehr heruntergekommen war, gerieth durch Hypnotisation mit der Suggestion nicht mehr zu trinken, zuerst in ängstliche Melancholie, besserte sich aber dann, auch in moralischer Beziehung und erschien nach 5monatlicher Behandlung geheilt. Ohne strenge Ueberwachung hätte der Hypnotismus diesen Erfolg wohl nicht gehabt, denn als erstere nach 20 Monaten vorübergehend einmal fehlte, trat sofort ein Rückfall auf.

Andererseits kann man behaupten, dass in dem schliesslich noch zu erwähnenden Fall Abstinenz und Ueberwachung allein ohne Suggestivtherapie nicht den guten Erfolg, wie er vorliegt, erzielt hätten. Es han-

Digitized by Google

delt sich um eine 47jährige durch Trunk verkommene Frau: die Hypnotisation bewirkte nur Pausen im Trinken von einigen Tagen, was jedoch bei der Unmöglichkeit der Ueberwachung schon viel war. Dadurch, dass die Patientin Mitglied der Gesellschaft vom Blauen Kreuz wurde, blieb sie $1^1/_2$ Jahr abstinent, dann aber musste sie wegen eines Rückfalles in ein Trinkerasyl aufgenommen werden, wo sie nach einiger Zeit geheilt wurde.

Forel, August, **Die Trinksitten, ihre hygienische und sociale Bedeutung, ihre Beziehungen zur akademischen Jugend. — Eine Ansprache an den Enthaltsamkeits-Verein der Studenten zu Christiania und zu Upsala am 7. und 13. September 1890.**

F. tritt mit grosser Entschiedenheit für die volle Abstinenz ein. Der Alkohol, der die augenblickliche Sinnlichkeit erhöhe, um sie später abzustumpfen, der durch die langsame, unmerkliche Vergiftung unseres Gehirnes unser höheres ethisches Fühlen, Denken und Wollen in erster Linie abstumpfe und zerstöre, der nur noch thierischer und roher mache, als wir es schon sind, der dazu unsere künftigen Generationen im Keime verderbe und entarte, sei der allerschlimmste Feind der Zukunft des Menschengeschlechtes. Wir müssten ihm den Ausrottungskrieg erklären und nicht ruhen, bis wir ihn definitiv und gänzlich in das chemische Laboratorium verbannt hätten, wo er wie das Morphium, Opium, Cocain, Haschisch und alle anderen Gifte hingehöre. Der Alkohol sei neben dem Cultus des goldenen Kalbes der wahre Teufel des neunzehnten Jahrhunderts. Verf. schliesst seinen Vortrag mit dem dringenden Mahnrufe, mit einer dringenden Bitte an alle gebildeten Männer und Frauen, besonders aber an alle Vertreter der Wissenschaft, vor allem der Medicin, die Abstinenzfrage wissenschaftlich zu studiren, eine Zeit lang an sich selbst als experimentelle Vergleichsstudie auch das mässige Trinken alkoholischer Getränke zu unterlassen. S.

Hart, Ernest, **Das Aethertrinken, seine Verbreitung und seine Folgen. Ein Vortrag, gehalten in der Gesellschaft zum Studium und zur Abwehr der Trunksucht. — The brit. med. journ. Oct. 18.**

Verf. hat sich über seinen Gegenstand durch Umfrage bei den Aerzten und Geistlichen der ätheririnkenden Gegenden, sowie durch ein möglichst eingehendes Studium der Verhältnisse des Aetherhandels unterrichtet und ist dabei zu höchst interessanten Ergebnissen gelangt. Die Sitte des Aethertrinkens scheint auf einige verhältnissmässig kleine Bezirke des nördlichen Irlands, vornehmlich auf den südlichen Theil der Grafschaft Londonderry beschränkt zu sein, hier aber unter den ortsüblichen Berauschungsmethoden den ersten Rang einzunehmen. Ein Arzt berichtet aus der Umgebung von Cookstown, einem dichtbevölkerten, ackerbautrei-

benden District: „Es gibt kaum ein Haus in der Umgegend, in welchem nicht dem Aethergenuss in reichem Maasse gefröhnt würde.“ Männer und Frauen trinken in gleicher Weise; an Markttagen sind die Eisenbahnwaggons, ja die Strassen und Plätze der Marktstädte durch den Aethergeruch verpestet, der dem Munde der Besucher entströmt. — Die protestantischen Gemeinden der Gegend sollen von der Unsitte freigeblieben sein.

Die Anfänge des Uebels lassen sich bis in die vierziger Jahre zurückverfolgen. Ueber die Ursachen gehen die Meinungen auseinander. Einige glauben, dass die Temperance-Bewegung, die den Schnaps verbannte, die Leute zu diesem neuen Berauschungsmittel hingeführt habe, andere beschuldigen die vielverbreitete Anwendung des Aethers als Arzneimittel. In der That scheinen manche „Collegen“, welche in ihren Apotheken den Stoff in beliebiger Dosis sowohl zum sofortigen Genusse als auch „über die Gasse“ verkaufen, an der Ausbreitung des Uebels nicht ohne Mitschuld zu sein.

Die jetzt herrschende, endemische Verbreitung desselben jedoch nahm nach *Hart* ihren Ausgang nach dem Jahre 1856. Damals trat das Gesetz in Kraft, gemäss welchem denaturirter Alkohol steuerfrei zu industriellen Zwecken, also auch zur Aetherfabrication verwandt werden darf, und zu gleicher Zeit wurde der ungesetzlichen Schnapsbrennerei, die in jenen Theilen Irlands blühte, durch strenge Maassregeln ein Ende gemacht. Der Whisky wurde theuer und das Volk warf sich auf das neue überaus billige Getränk [1]), welches namentlich von London aus eingeführt wird.

Der Aether wird meist in kleinen Einzeldosen, in „Zügen“ von circa 7—15 g genommen, welche je nach dem Bedürfnisse des Trinkers wiederholt werden. Vorher und nachher pflegt man einen Schluck Wasser zu nehmen. Die Toleranz wechselt sehr; sie richtet sich nach dem Alter, der Constitution und besonders nach der Angewöhnung. Während der Neuling schon durch eine einzige Dosis berauscht wird, vermag der eingefleischte Aethertrinker dieselbe 7, ja 12 und 20mal zu wiederholen und es wird von Leuten berichtet, die es bis zu einem halben Liter gebracht haben!

Der Aetherrausch gleicht in seinen Symptomen dem durch Alkohol hervorgerufenen, aber er verläuft schneller. Erregung, Verwirrtheit, Lähmung und Bewusstlosigkeit folgen einander sehr rasch. Natürlich werden auch beim Aether die letzten dieser Stadien nicht immer erreicht. Der Aetherberauschte lacht, schreit, tanzt, singt und tobt genau, als stände er unter dem Einflusse von Alkohol. Als charakteristisch für das erste Sta-

[1]) Es wird ausschliesslich „methylirter“ Aether getrunken, so genannt weil er aus „methylirtem“ d. h. mit Methylalkohol (Holzgeist) denaturirten Spiritus bereitet ist. Der Holzgeist soll durch Destillation fast ganz entfernt werden, dagegen enthält der Aether noch sonstige Verunreinigungen, Fuselöle etc.

Digitized by Google

dium des Rausches wird ein Gefühl, „als ob man aufspringen und fliegen könne“ beschrieben und ausserdem eine herausfordernde, kampflustige Stimmung, welche gelegentlich zu Gewaltthat und Verbrechen führt. Profuser Speichelfluss, heftiges Aufstossen, livides Aussehen sollen oftmals dem Genusse unmittelbar folgen. Der Katzenjammer scheint nicht so fühlbar aufzutreten wie beim Alkohol. Nach einigen Beobachtern fehlt er ganz, andere beschreiben als Reactionserscheinungen geistige Depression, allgemeine Schwäche, blasses Aussehen, Schmerz im Epigastrium und dringendes Verlangen nach erneuter Aetherzufuhr. Jedenfalls spielt sich der gesammte Verlauf der Intoxication mit grosser Schnelligkeit ab, und es wird als eine der gefährlichsten Eigenschaften des Aethers bezeichnet, dass man sich in ihm mit Leichtigkeit mehrmals am Tage berauschen kann.

Die Folgezustände, welche der fortgesetzte Aethergenuss im menschlichen Organismus hervorruft, sind bisher noch nicht in exacter, wissenschaftlicher Weise studirt worden. Vielleicht ist dies die Ursache, dass die Beobachter bis jetzt das Vorkommen pathologischer Veränderungen in bestimmten Organen, speciell in der Leber und im Gehirn, leugnen. Klinisch äussert sich die chronische Aethervergiftung in mannigfachen Symptomen, wie chronische Gastritis, Dyspepsie, allgemeine Hinfälligkeit, Tremor, unregelmässige Herzaction, Abmagerung und kachectisches Aussehen. Mehrere plötzliche Todesfälle, die auf den Aether zurückgeführt werden, sind nicht genau genug beobachtet, um verwerthet zu werden.

Vom psychiatrischen Standpunkt bietet der Aether vor der Hand noch wenig Interesse. Ein specifisches „ätherisches“ Irresein als Seitenstück zu dem alkoholischen ist noch nicht beobachtet worden, und in der Aetiologie der Psychosen im Allgemeinen spielt er nur in so fern eine Rolle, als er bei schon vorhandener Disposition den Ausbruch der Krankheit befördert. Andererseits wird von mehreren Beobachtern hervorgehoben, dass ein tiefer ethischer Verfall, eine Degeneration des Charakters, der Verlust von Zuverlässigkeit und von Selbstvertrauen zu den sicheren Folgen des Aethertrinkens gehöre und dass im Allgemeinen jeder Aethertrinker in socialer Hinsicht ein verlorener Mann sei, der Armuth und dem Elend rettungslos verfallen. *Hart* meint, dass die Folgen des Uebels sich erst an den Nachkommen in ihrer vollen Tragweite äussern würden. Er fürchtet die Weiterverschleppung der Unsitte und verlangt dringend gesetzliche Abhülfe. Er schlägt vor, dass der Verkauf des Aethers in kleinen Quantitäten verboten werden solle.

Goldflam, **Ueber eine eigenthümliche Form von periodischer, familiärer, wahrscheinlich autointoxicatorischer Paralyse. — Wiener medic. Presse. No. 36—39.**

Dem von *Westphal* in der Berliner klin. Wochenschrift 1885 No. 31 und 32 veröffentlichten „merkwürdigen Fall von periodischer Lähmung

aller vier Extremitäten mit gleichzeitigem Erlöschen der elektrischen Erregbarkeit während der Lähmung" stellt *G.* einen ganz ähnlichen Fall zur Seite, der anscheinend dazu angethan ist, einiges Licht auf die seltsame Krankheit zu werfen. Da in der Familie des Patienten, dessen Krankheitsgeschichte im Original nachzulesen ist, noch 11 weitere Mitglieder an den gleichen periodisch auftretenden paralytischen Erscheinungen leiden, das Krankheitsbild so prägnant ist und auch in den sonst noch in der Literatur aufgefundenen 12 Fällen in den Hauptzügen gleich wiederkehrt, hält sich *G.* für berechtigt, eine neue Krankheit in die Nosographie einzuführen und zwar eine familiäre Krankheit mit homologer Heredität. Die Krankheit befällt sowohl männliche, als weibliche jugendliche Individuen, die in der Zwischenzeit absolut gesund sind und kennzeichnet sich als eine ohne irgendwelche Veranlassung, gewöhnlich während der Nacht auftretende Lähmung, welche, meist mit Schwäche in den Beinen beginnend, dann zu den Armen aufsteigend in einigen Stunden zu einer vollständigen Lähmung aller 4 Extremitäten und des Rumpfes bei Freibleiben der cerebralen Nerven und der glatten Muskeln und bei intacten Functionen der Sinnesorgane und ohne Störungen der Sensibilität und des Muskelsinns sich ausbildet. Die Lähmung ist eine schlaffe, die Sehnenreflexe sind bis zu völligem Verschwinden herabgesetzt, einige Hautreflexe, namentlich der Patellarreflex, fehlen, das Auffallendste ist die enorme Herabsetzung bis zum völligen Erlöschen der faradischen und galvanischen Erregbarkeit sowohl der Muskeln, als der Nerven und dementsprechend das Verschwinden der idio-musculären Erregbarkeit. Die complete Lähmung dauert einige Stunden bis zu Tagen, die Besserung, ebenfalls gewöhnlich in der Nacht beginnend, hält eine umgekehrte, also absteigende Richtung ein, betrifft zuerst die Arme, dann den Rumpf und schliesslich die Beine, aber erst in einigen Stunden ist die Beweglichkeit und Functionsfähigkeit vollständig geworden. In derselben Reihenfolge, wie die Muskeln ihre Kraft wiedererlangen, kehrt auch die elektrische Erregbarkeit und zwar in der Regel bis zur vollkommenen Herstellung zurück. Die Reflexe erscheinen dagegen etwas später wieder und es scheint, dass die Anhäufung von Anfällen eine Abschwächung der Sehnenreflexe, namentlich der Kniereflexe, auch für die freie Zwischenzeit verursacht.

Es gibt auch unvollständige Anfälle, bei denen die Symptome weniger stark hervortreten und nur eine Parese zu Stande kommt. Bemerkenswerth ist der Einfluss der Muskelthätigkeit auf das Zustandekommen der Lähmung, indem nämlich letztere in einigen Fällen durch starke Bewegungen hintangehalten werden konnte und *G.* war bei seinem Patienten im Stande, allein durch längeres Sitzen einen Anfall von hochgradiger Parese hervorzurufen.

Im Allgemeinen wiederholen sich die Anfälle mit stereotyper Aehnlichkeit und bei allen befallenen Familienmitgliedern in gleichartiger Weise, die Häufigkeit ist individuell verschieden, von täglichen Anfällen bis zu

Digitized by Google

Pausen von Jahren, in den ersten Jahren steigt die Häufigkeit progressiv, bis sie in der Pubertät das Maximum erreicht und auf diesem bis zum 40. Jahre bleibt, um dann wieder abzunehmen. In den Jahren der grössten Frequenz hält gewöhnlich jeder Kranke einen bestimmten Typus in der Häufigkeit der Anfälle ein.

Was die Prognose betrifft, so wirkt die Krankheit auf das Allgemeinbefinden nicht schädigend ein, obgleich nicht auszuschliessen ist, dass bei der durch die Bewegungsunfähigkeit in den Anfällen bedingten Circulationsverlangsamung eine hinzutretende Complication z. B. Pneumonie wirklich Gefahr bringen kann.

Eine Erklärung der merkwürdigen Krankheit hatte man bis jetzt nicht gefunden. *G.* neigt zu der Ansicht, dass die Muskeln, beziehungsweise die Nervenendigungen in den Muskeln von dem Krankheitserreger temporär geschädigt werden, dass es sich um eine toxische Einwirkung handelt und dass das betreffende Gift im Organismus selbst erzeugt wird. Bei Einführen von Urin des Patienten in die Vena jugular. von Kaninchen zeigt sich der während des Anfalles gelassene Urin von giftigerer Wirkung, als der in den freien Intervallen entleerte, selbst wenn der Anfall künstlich (durch Sitzen) hervorgerufen worden war, Lähmungen und Erlöschen der Kniereflexe erfolgten prompt, aber die elektrische Erregbarkeit der Muskeln blieb intact. Aus seinen Versuchen stellt *G.* die Hypothese auf, dass vielleicht ein noch unbekannter organischer Stoff sich im Organismus bildet, der die Toxicität des Urins steigert und lähmend auf die Muskeln und die Reflexthätigkeit wirkt und dass sich dieser Stoff während der Ruhe der Muskeln bildet.

Eine therapeutische Einwirkung auf die Krankheit und die Anfälle ist bis jetzt nicht gelungen.

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart.

Fletcher-Beach, Gehirnerkrankungen bei Schwachsinnigen. — The Journ. of ment. sc. Januar 1889.

Im Gegensatz zu *Willmarth* betont *Fl.-B.*, dass Erkrankung des Gehirns im engern Sinn bei Schwachsinnigen seltener sei, als Entwickelungshemmungen.

In allen Fällen ist der wesentliche Befund eine unvollständige Beschaffenheit der Ganglienzellen. Von Erkrankungen des Gehirns im engern Sinne erwähnt der Verf.:

Den Hydrocephalus, der aber keineswegs immer zur Idiotie führt. Der hydrocephale Schädel unterscheidet sich vom rhachitischen in Folgen-

dem: Beim Hydrocephale ist die Fontanelle vorgewölbt, bei Rhachitis eingedrückt. Bei H. ist der Längsdurchmesser und Querdurchmesser des Schädels nahezu gleich, bei Rhachitis ist der Längsdurchmesser vergrössert.

Die Hypertrophie des Gehirns ist verhältnissmässig selten. Nach Ansicht des Verf.'s beruht dieselbe nicht auf einer Vermehrung oder Volumszunahme der Nervenelemente, sondern auf einer Vermehrung der Zwischenschicht, dabei findet eine Vermehrung der Blutgefässe und Auftreten zahlreicher Leukocyten statt. Hauptsächlich ist die Marksubstanz von dieser Veränderung betroffen.

Die hauptsächlichsten Symptome dieser Affection sind Kopfschmerzen, Aufregungszustände, Stehenbleiben der intellectuellen Entwickelung, Behinderung im Gehen und Convulsionen. Das Gewicht dieser Gehirne ist ein verhältnissmässig beträchtliches. Für die Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus und Hypertrophie dienen folgende Anhaltspunkte:

Bei der Hypertrophie erreicht der Schädel meist keine so bedeutende Grösse wie beim Hydrocephalus; bei diesem ist die Vergrösserung besonders an den Schläfen ausgedrückt, bei der Hypertrophie namentlich oberhalb des Arcus superorbicularis. Beim Hydrocephalus ist die Distanz zwischen den Augenhöhlen vergrössert, bei der Hypertrophie ist dies nicht der Fall.

Häufiger als die genannten Zustände ist die Mikrocephalie. Dieser kann mangelhafte Entwickelung des ganzen Grosshirn oder einzelner Theile zu Grunde liegen. Rückenmark, Ganglien der Basis, die Nerven der specifischen Sinnesorgane sind gewöhnlich gut entwickelt.

Mikroskopisch findet man häufig Fehlen der Protoplasmafortsätze, Schrumpfung des Zellkörpers. Mit vollem Recht bezweifelt Verf. die Annahme, dass frühzeitiger Nahtverschluss eine häufige Ursache der Mikrocephalie sei.

Eine wesentlich andere Bedeutung haben die auf 1 Hemisphäre beschränkten Atrophien mit Läsion der Pyramidenbahn und dementsprechend gekreuzter Lähmung der Extremitäten.

Sainsburry, H., **Spracherschwerung. — The Journ. of ment. sc. Januar 1889.**

Kurze Mittheilung betreffend ein 5½jähriges Mädchen, welches vom Alphabet eigentlich nur die Buchstaben C, P, T ganz correct aussprechen konnte, für die übrigen Buchstaben werden unrichtige, mit der correcten Aussprache scheinbar in keiner Beziehung stehende Laute angegeben, namentlich kehrt der Laut „sa" häufig wieder. Verf. möchte die Störung als eine Art Aphasie bezeichnen, wozu dieselbe, das Wort in etwas weiterem Sinn genommen, auch gehört.

In Ausführung gewöhnlicher Functionen, wie sie von einem Kind dieses Alters überhaupt verlangt werden können, zeigte sich keine erhebliche Störung und Verf. will dem, wie es scheint, doch zu Tage tretenden

Digitized by Google

psychischen Defect ganz auf Rechnung des mangelhaften Unterrichtes schreiben, der dem Kind eben wegen seines defecten Sprechens zu Theil wurde.

Nach Erachten des Ref. dürfte es sich hier doch um die Sprachstörung eines idiotischen Kindes handeln; dafür spricht doch sehr die Thatsache, dass das Mädchen mit einer schnabelförmigen Stirn behaftet war und während der Dentition an epileptiformen Anfällen litt.

Die Sprachstörung ist wohl als eine Art des Stammelns zu bezeichnen, wie sie bei Idioten, nicht selten auch bei geistig besser situirten, des öfteren beobachtet wird.

***Plaseton, J. W.*, Schrumpfung einer Hemisphäre und nachfolgende Pachymeningitis. — The Journ. of ment. sc. Januar 1889.**

Ein Neger der im 27. Lebensjahre wegen Manie mit Grössenwahnideen in die Irrenanstalt aufgenommen worden war, erkrankte nach 12jährigem Aufenthalt an Nachlass der Muskelkraft der linken Körperhälfte mit vorübergehend auftretenden linksseitigen Convulsionen, später stellte sich eine zunehmende permanente Contractur der Muskeln dieser Seite ein.

19 Monate nach Beginn der Krankheit starb Pat. an allgemeiner Kachexie.

Ueber der rechten Hemisphäre fand sich eine erhebliche Verdickung der innern Schädeltafel unter Bildung grobmaschigen Knochengewebes. Zwischen Dura und Meningen derselben Seite fand sich eine mehr als zolldicke, im Innern blutiges Serum enthaltende Masse.

Das Volum der rechten Hemisphäre betrug ungefähr die Hälfte der linken; die Windungen im Gebiet der Art. cerebri med.: II. und III. Frontalwindung, vordere und hintere Centralwindung, der ganze Scheitellappen waren atrophisch und sklerosirt.

Arterien an der Basis waren atheromatös, rechts Art. cerebri media dünner als links.

Verf. betrachtet die Schrumpfung der rechten Hemisphäre als das primäre, die Pachymeningitis als eine Folge jener, so zu sagen als eine Pachymeningitis ex vacuo.

***Willmarth, A. W.*, Untersuchung von 100 Gehirnen schwachsinniger Kinder. — The Alien. and Neurol. October.**

Nach dem Verfasser ist die häufigste krankhafte Veränderung des Gehirns bei Idioten die Sclerosis in ihren verschiedenen Formen.

Die tiefgreifendste Form ist die tuberöse Sklerose, bestehend in Bildung verschiedener harter, die Umgebung überragender Partien der Hirnrinde. Haben dieselben ihren Sitz in der motorischen Region, ist vollständige Lähmung die Folge, bei irgend wie stärkerer Ausbreitung völlige Idiotie.

Eine zweite Form ist die Sklerose und Schrumpfung des Gewebes, welche nicht in disseminirten Knoten, sondern in einem grösseren Heerd aufzutreten pflegt (Polioencephalitis der deutschen Autoren).

Stirn- und Hinterhauptlappen werden von dieser Affection häufiger ergriffen als andere Hirnpartien.

Idiotie in ihren verschiedenen Graden, Hemiplegie, Epilepsie sind die Symptome dieser anatomischen Veränderung.

In einem Fall hatte traumatische Hämorrhagie im 7. Lebensmonat zu einer Schrumpfung besonders der Stirnlappen durch Bildung einer mit Blutkrystallen durchsetzten bindegewebigen Schwarte geführt. Die Erscheinungen während des Lebens waren complete Idiotie und hysteroepileptische Zufälle.

Fünf Fälle von Idiotie mit „Mongolischem Typus" zeigten normale Grösse der Hemisphären, dagegen Verschmälerung der Medulla und der Brücke. Mit dieser Abnormität steht nach Ansicht des Verfassers die Dünnheit der cerebralen Gefässwandungen in Zusammenhang.

Ferner kommen noch zur Section 3 Fälle von Pseudohypertrophia muscularis. In 1 Fall fanden sich degenerative Veränderungen (näheres ist nicht angegeben) im Rückenmark und im Gehirn. In den beiden andern Fällen fehlten Veränderungen im centralen Nervensystem; es schien sich um eine primäre Muskelaffection zu handeln. Dieselbe begann mit einer Schwellung der Muskelfibrillen, welche dann in Atrophie, fettige Degeneration und fibröse Entartung überging.

Allgemeine Hirnatrophie fand sich in 3 Fällen, verbunden mit mässigen Graden von Mikrocephalie.

Begrenzte Atrophie ist meist mit Sklerosis verbunden, in 1 Fall war die Atrophie auf Verknöcherungen in der Dura mater zurückzuführen.

Mangelhafte Entwickelung zeigt sich in verschiedener Weise. An Stelle der normalen Hirnwindungen finden sich schmale wurmförmige Falten oder die Windungen zeigen makroskopisch normale Verhältnisse, aber Verminderung oder förmlichen Mangel der Ganglienzellen in einzelnen Schichten der Rinde.

Hydrocephalus internus ist namentlich dann von höchst verderblicher Wirkung fürs Gehirn, wenn der Schädel sich nicht compensatorisch erweitert.

Mikrocephale Idiotie kann entstehen in Folge der Behinderung des Hirnwachsthums durch frühzeitigen Nahtschluss, oder wenn in Folge einer primären Verkümmerung des Gehirns das Wachsthum des Schädels Noth leidet. (Jedenfalls der weit häufigere Fall. Ref.)

Eine zusammenfassende Uebersicht über die Resultate der 100 Sectionen ergibt:

Sklerose mit Atrophie	in	12 Fällen
Tuberöse Sklerose	-	6 -
Diffuse Sklerose	-	7 -

Digitized by Google

Degenerative Veränderungen an den Gefässen, den Ganglien oder der Marksubstanz (nicht sklerotischer Natur)	in 15	Fällen
Hydrocephalus	- 5	-
Allgemeine Atrophie	- 2	-
Entwickelungshemmung	- 16	-
Hämorrhagie	- 1	-
Starke Adhäsionen nach Meningitis	- 3	-
Entartung der Blutgefässe mit angiomatösem Charakter	- 1	-
Gliom	- 1	-
Hypertrophie des Schädeldachs	- 6	-
Acute Erweichung	- 2	-
Mikrocephalie	- 2	-
Breite, einfach angeordnete Windungen mit Vermehrung des Hirngewichtes	- 2	-

Verf. macht auf die relative Häufigkeit der Fälle aufmerksam, in welchen acute Hirnaffectionen zur Idiotie führten, im Gegensatz zu dem Vorkommen einfacher Entwickelungshemmung. Die erstere Gruppe bietet eine weit ungünstigere Prognose als die zweite, namentlich wegen der häufigen Complication mit Epilepsie.

Bullen, John, **Krankengeschichte eines syphilitischen, epileptischen Idioten. — The Journ. of ment. sc. April.**

Der Fall betrifft einen 16 Jahre alten blödsinnigen Menschen, der vom 3. Lebensjahre an epileptisch war. Aphasie. Lähmung der rechten Körperhälfte. Contractur im Hand- und Ellbogengelenk. Anfälle angeblich alle Glieder betreffend. Ausserordentliche Brüchigkeit der Knochen, in Folge dessen zahlreiche Fracturen. Im linken Stirnbein befindet sich eine circa $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser betragende Oeffnung, in deren Grund die Dura mater liegt; eine zweite derartige Oeffnung befindet sich im linken Scheitelbein. In der Hirnrinde mehrfach sklerotische Partien.

Von wesentlichem Interesse ist der mikroskopische Befund: In der motorischen Region finden sich, namentlich in den Pyramidenzellen der dritten Rindenschicht, alle Grade von Vacuolenbildung, am Kern sowohl, wie im Zellprotoplasma.

Vacuolenbildung des Kerns findet sich in allen Stadien, auch in den Pyramidenzellen der I. Frontalwindung, daneben hochgradige Neubildung von Capillaren durch sämmtliche Rindenschichten.

Hochgradige Veränderungen, Vermehrung der zelligen Neurogliaelemente, Reduction der Pyramidenzellen nach Zahl und Grösse, Vacuolenbildung, zeigt auch das Ammonshorn.

In den Corpora striata findet sich an der dem Ventrikel zugekehrten Seite eine ovale eingesunkene Stelle. Dieser Einsenkung entspricht ein

Digitized by Google

Heerd hochgradiger Degeneration. Hier zeigen die Nervenfasern auffallende, oft fast bis zu völliger Trennung führende Segmentbildung. Entlang der Nervenfasern und der Capillaren Einlagerung zahlreicher Zellen. Capillaren sind verdickt. An einzelnen Stellen ist das Nervengewebe gänzlich durch Bindegewebe verdrängt.

In den übrigen Theilen des centralen Nervensystems fehlen gröbere Veränderungen; nur in der Umgebung der Fossa Sylvii zeigt sich die Neuroglia vermehrt und verdickt.

Die Anstalt für geistesschwache Kinder zu Schwerin in Mecklenburg in den Jahren 1867—1890.

Die Anstalt wurde am 13. Juli 1867 mit 12 männlichen Zöglingen eröffnet. Ihre Gründung verdankt sie dem edlen, für alle humanen Bestrebungen begeisterten und von der Wichtigkeit und Nothwendigkeit der Fürsorge auch für die schwachsinnigen Kinder seines Landes durchdrungenen Grossherzog Friedrich Franz II. Sie wird durch die für die Kinder zu zahlenden Verpflegungsgelder und durch die etatsmässigen Zuschüsse aus Landesmitteln erhalten. Unter der Oberaufsicht des Grossherzoglichen Ministeriums, Abtheilung für Medicinal-Angelegenheiten, wird die unmittelbare Beaufsichtigung der Anstalt durch ein Curatorium ausgeübt. Das ärztliche Personal der in der Nähe liegenden Irrenheilanstalt Sachsenberg überwacht die Anstaltshygiene, sowie die individuelle ärztliche Pflege und besorgt auch die Behandlung intercurrirender Krankheiten. Es sollen nur Kinder im Alter von 5—12 Jahren aufgenommen werden, welche als bildungsfähig erscheinen. Bis zum Herbste 1874 blieb die Anstalt aus Rücksicht auf die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten auf die Aufnahme von 12 Knaben beschränkt. Die mit der Fertigstellung des neuen Anstaltsgebäudes im October 1874 erfolgte Erweiterung derselben war von besonderem Einfluss auf ihre weitere Ausgestaltung und begründete gewissermaassen eine neue Epoche in ihrer Entwickelung, indem ihre Wirksamkeit nun auch auf schwachsinnige Mädchen ausgedehnt und den vorhandenen Bedürfnisse in vollkommener Weise Rechnung getragen werden konnte. Seit der Uebersiedelung in das neue Anstaltsgebäude besteht in der Anstalt auch ein Pensionat für Kinder wohlhabender Eltern, das auch Ausländern zugänglich ist. Das Kostgeld beträgt 240 M. jährlich und wird im Bedürfnissfalle stets bereitwilligst auf 90 M. ermässigt. Für die Zöglinge des Pensionats, die gesondert wohnen und besondere Wartung und Verpflegung haben, sind jährlich 900 M., wenn eigenes Wartpersonal erforderlich ist oder gewünscht wird, 1500 M. zu zahlen. Die neuen Anstaltsräume füllten sich bald. Bei sorgfältiger Ausnutzung aller zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten konnten durchschnittlich im Jahre 50 Zöglinge (26 m. 24 w.) die Wohlthat einer ihrem Zustande angemessenen Anstaltserziehung geniessen. Das steigende Bedürfniss nach Aufnahme brachte

Digitized by Google

in den Jahren 1875—1887 eine abermalige Erweiterung der Anstalt durch den Anbau eines neuen Flügels. Das nunmehr in sich abgeschlossene, schöne nach allen Seiten hin der Luft und dem Licht zugängliche Anstaltsgebäude besteht aus einem Mittelbau und zwei Flügeln, ermöglicht eine vollständige Trennung der Geschlechter und entspricht in seinen inneren Einrichtungen allen Anforderungen, die man an ein solches Institut zu stellen berechtigt ist. Die Anstalt war auch seit 1887 stets vollständig besetzt, so dass Neuaufnahmen immer nur nach erfolgter Erledigung von Plätzen stattfinden konnten. Angestellt sind mit Einschluss von 4 Privatwärterinnen 24 Personen. Unterricht wird ertheilt von dem Vorsteher, 2 Lehrern und 2 Lehrerinnen (Diaconissen). Die Thätigkeit der Anstalt an den ihr anvertrauten Zöglingen erstreckt sich auf eine sorgfältige Körperpflege, auf Beseitigung der äusseren Hindernisse der Entwickelung, soweit dies möglich ist, Gewöhnung an Sauberkeit, Ordnung, Anleitung zu den richtigen Handgriffen bei den gewöhnlichen und alltäglichen Verrichtungen, Erziehung also im weitesten Sinne, Beschäftigung, Lautentwickelung, Anleitung zum richtigen Sprechen und Schulunterricht, welcher unter ganz besonderer Berücksichtigung aller individuellen Eigenthümlichkeiten weit unter der ersten Stufe des Elementarunterrichtes beginnt, ganz allmählich aufsteigt und sich unausgesetzt mit nützlichen Beschäftigungen in Haus, Garten und Feld und mit Anleitung zur Entwickelung und Ausbildung von Handfertigkeiten verbindet. Der Grundbesitz der Anstalt beträgt mit Einschluss des Gartens 4 ha 36 a 88 qm. Es werden zwei Kühe gehalten. Seit Eröffnung der Anstalt bis zum 1. Juli 1890, also in 23 Jahren, haben 353 Anfragen und Gesuche wegen Aufnahme vorgelegen. Platzmangels wegen konnten nur 190 (116 m. 74 w.) Kinder aufgenommen werden; es mussten mithin 163 Anfragen unberücksichtigt bleiben. Entlassen wurden 104 (67 m. 37 w.), gestorben sind 9 (7 m. 2 w.) Zöglinge. Bestand blieb am 1. Juli 1890 77 (44 m. 33 w.). Von den entlassenen Zöglingen traten 5 (4 m. 1 w.) in eine andere Schule über, 52 (34 m. 18 w.) gelangten zur Confirmation und wurden auch relativ erwerbsfähig, 47 (27 m. 20 w.) konnten je nach ihren Anlagen körperlich und geistig belebt und gehoben und bedeutend gebessert der Familienpflege zurückgegeben werden. Die Erfahrungen der Anstalt haben ergeben, dass sich eine möglichst frühzeitige Aufnahme empfiehlt, dass die Aussicht auf Besserung bei dem männlichen Geschlechte die grössere ist.

Als das Grossherzogliche Ministerium, Abtheilung für Medicinal-Angelegenheiten, die staatliche Fürsorge auch für die nur der Pflege bedürftigen geistesschwachen Kinder und die Errichtung einer Pflegeanstalt für dieselben in Erwägung zog und ganz besonders der Frage näher trat, ob die Verbindung einer solchen in Aussicht zu nehmenden Anstalt für geistesschwache Kinder zweckmässig sei, und ob der Zweck der neu zu gründenden Anstalt auch auf die Aufnahme von Epileptikern auszudehnen sein werde, hat dasselbe, wie im Jahre 1882 eine Zählung der Epileptischen,

deren Resultat durch Dr. *Tigges* veröffentlicht worden ist, so auch im Februar 1889 eine Zählung der Idioten im Lande vornehmen lassen. Diese von den Geistlichen ausgeführte Zählung hat ergeben, dass 828 (449 m. 379 w.) Idioten im Lande vorhanden sind. Es entfallen nach der Volkszählung vom 1. Decbr. 1885 auf 1000 Einwohner 1,439 (1,579 m. 1,303 w.) Idioten. Von diesen standen im Alter bis zu 5 Jahren 20 (12 m. 8 w.), von 6—10 J. 82 (48 m. 34 w.), von 11—15 J. 101 (55 m. 46 w.), von 16 bis 20 J. 91 (53 m. 38 w.), von 21—30 J. 183 (104 m. 79 w.), von 31 bis 40 J. 142 (76 m. 66 w.), von 41—50 J. 87 (38 m. 49 w.), von 51—60 J. 68 (39 m. 29 w.), von 61—70 J. 36 (18 m. 18 w.), über 70 J. 13 (5 m. 8 w.), unbekannt 5 (1 m. 4 w.). Aus diesen Zahlen ist ersichtlich, wieviel auf diesem Gebiete noch zu thun übrig bleibt. *Basedow.*

19. **Bericht über die Idioten-Anstalt Scheuern bei Nassau.** 8°. 20 S. (Dir. ***M. D. Horny.***)

Bestand jetzt 239 (152 m. 87 w.), auf der Filiale Langau 31 m., dazu im Laufe des Jahres eingetreten 49 (32 m. 17 w.), entlassen 28 (19 m. 9 w.), gestorben 8 (7 m. 1 w.). Von den 239 sind bildungsfähig 96 (60 m. 36 w.), arbeits-, aber nicht schulfähig 62 (46 m. 16 w.), an Epilepsie leidend 35 (28 m. 7 w.), an Verwirrung 22 (8 m. 14 w.), mit Lähmungen 48 (29 m. 19 w.). Sprechen können 159, nicht sprechen 80, lallen 42, sich ankleiden 147, sich nicht ankleiden 92, allein essen können 160, nicht allein 79. — Ausgaben 73569 M.

43. **Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Mariaberg. 1889—90.** 8°. 49 S. (Dir. ***K. Rall.***)

Bestand 1. Juli 1889 111 (70 Kn. 41 M.), eingetreten 6 (4 Kn. 2 M.), ausgetreten 1, gestorben 2, blieben 1. Juli 1890 114: in der Heilanstalt schulfähige 33 (18 m. 15 w.), arbeitsfähige 44 (32 m. 12 w.), in der Bewahranstalt 37 (22 m. 15 w.) Pfleglinge. Die eine Gestorbene mit Schwachsinn und Epilepsie lebte 41 Jahre in der Anstalt und starb an den Folgen der Influenza. Es erkrankten an der Influenza von Zöglingen 34, an Angestellten 14, jene mit einer Krankheitsdauer von 3—17 Tagen, diese mit einer solchen von 5—45 Tagen. — Ausgaben 53932 M.

11. Anstaltswesen. Ref.: Lähr-Schweizerhof.

Garnier, Sam., Des Dispositions de l'Article V du Projet de Loi sénatorial sur les Aliénés. — Ann. méd.-psych. Mai.

Dieser Aufsatz bespricht wie der folgende von *Marandon de Montyel* angeregt durch eine Senatsvorlage, die Frage der Stellung der Aerzte in

Digitized by Google

Verwaltungsbeamten in der Anstalt. Die Vorlage bestimmt die Vereinigung der ärztlichen und administrativen Leitung in einer Hand, lässt aber Ausnahmen zu, falls die oberste Behörde dieselben billigt. *G.* vertheidigt nun die Vorlage gegen einen Angriff des Dr. *Chambard.*

Marandon de Montyel, **Du Personel médico-administratif des Asiles et de son recrutement. — Ann. méd.-psych. Nov.-Dec.**

Dieser Aufsatz muthet deutsche Leser seltsam an! Indem Verf. davon ausgeht, dass die französische Psychiatrie unfruchtbar sei und allmählich absterbe und den Grund dafür in der gegenwärtigen Art der Stellenbesetzung in den Anstalten findet (Gunst oder Dienstalter?), sieht er das Heilmittel im „Concurs". Externe, Assistenten und Directoren sollen auf dieselbe Weise ausgewählt werden, doch soll bei den letzteren ihre wissenschaftlichen Arbeiten Berücksichtigung finden. Von allgemeinem Interesse ist des Verf.'s Polemik gegen die Vereinigung des ärztlichen und Verwaltungs-Directorats in einer Hand, durch die das wissenschaftliche und ärztliche Streben unterdrückt werde. Der Verwaltungsdirector müsse dem ärztlichen unterstellt werden, und im Verwaltungsdienst müsse gleichfalls die Beförderung auf dem Wege des „Concurs" geschehen. Nur so könne das Interesse der Geisteskranken gewahrt und wissenschaftliche Leistungen der Anstaltsdirectoren hervorgerufen werden!

Needham, Fr., **30 years of Lunacy Practice. — Br. med. J. p. 325 bis 330.**

N. bespricht in allgemeinen Zügen die grossen Fortschritte im Irrenwesen in Bezug auf Gebäude, Behandlung der Kranken und Erforschung der Krankheitsvorgänge, sowie die Gründe, die einem entsprechenden zahlenmässigen Ausdruck dieser Fortschritte in den Heilungs- und Todesprocenten im Wege stehen.

Yellowlees, **President. Address, del. at the Ann. Meeting of the Med. Psych. Assoc., Gartnavel, Glasgow, Jul. 24. — J. of Ment. Sc., Oct., p. 473—489.**

Y. wendet sich gegen den in einem Bericht des Committee of the London County Council enthaltenen Vorschlag, eine besondere kleine Irrenanstalt in London nach dem Muster der dortigen Hospitäler zu gründen, um die Kranken mehr unter ärztliche Behandlung zu stellen und zugleich zu klinischen Zwecken zu benutzen. Doch spricht *Y.* sich weniger gegen den Plan an sich aus, obwohl er einen solchen klinischen Neubau in ländlicher Umgebung lieber sehen würde, als gegen die Begründung jenes Vorschlags mit der Unfähigkeit der Aerzte an Irrenanstalten zu beobachten und zu heilen. Letztere seien dazu ebenso fähig und erkennen ebenso

gut die Mängel der jetzigen Anstalten, wie Ueberfüllung mit Unheilbaren, Ueberbürdung des Directors mit Verwaltungsgeschäften, zu geringe Zahl von Assistenten.

Bericht der Prov.-Irrenanstalt zu Leubus für 1889/90. 4°. 25 S. (Dir. Dr. *Alter*.)

Bestand Anfang April 1889 182 (68 M. 114 F.), aufgenommen 206 (85 M. 123 F.), abgegangen 206 (87 M. 119 F.), blieben 184 (66 M. 118 F.). Aus der städtischen Irrenanstalt zu Breslau aufgenommen 23 (7 M. 16 F.), nicht irre 4 (3 M. 1 F.), Heredität nachweisbar bei 91 (34 M. 57 F.). Von den Trinkern litten 3 an Dem. par., überhaupt an Dem. par. 28 (26 M. 2 F.). Von den Männern litten 30,6 pCt. an Dem. par. gegen 20,8 pCt. im Vorjahre, von allen Kranken 23,1 pCt. gegen 12,6 pCt. im Vorjahre. Mit dem Strafgesetze in Conflict gekommen 24 (20 M. 4 F.), also 11,5 pCt. der Aufnahme gegen 6,5 pCt. im Vorjahre. Nach der Erkrankung 9 (6 M. 3 F.), von denen 4 zum Theil mehrfach bestraft waren. Nicht nachweislich geisteskrank 4 (3 M. 1 F.). Ein 19jähriger Stockmachergeselle, der ein 9jähr. Mädchen ermordet und von zurückgebliebener geistiger Entwickelung zeugte, wurde October enthauptet. 8 Krankengeschichten. Von den Abgegangenen waren genesen 58 (19 M. 39 F.), gebessert 40 (21 M. 19 F.), ungeheilt 76 (30 M. 46 F.), gestorben 28 (14 M. 14 F.), nicht irre 4 (3 M. 1 F.). Eine Kranke mit interm. Psychose genas erst nach $3^1/_2$ Jahren. An Influenza erkrankten 18 pCt. M., 15 pCt. Fr., 50 pCt. Wärter, 7 pCt. Wärterinnen, von 5 Aerzten 4. Kein Einfluss auf die Psychosen. 47,3 pCt. wurden mit Bettruhe behandelt. — Ausgaben 114891 M.

In der Pensionsanstalt Bestand 40 (23 M. 17 F.), aufgenommen 12 (2 M. 10 F.), abgegangen 7 (2 M. 5 F.), blieben 45 (23 M. 22 F.).

Bericht über die Prov.-Irrenanstalt zu Brieg über 1889/90. 4°. 22 S. (Dir. Dr. *Petersen*.)

Bestand 377 (149 M. 228 F.), davon beurlaubt 8 (2 M. 6 F.), aufgenommen 63 (27 M. 36 F.), abgegangen 61 (24 M. 37 F.), blieben 379 (152 M. 227 F.), davon beurlaubt 5 (3 M. 2 F.), wirklicher Bestand 374 (149 M. 225 F.). Von den Aufgenommenen voraussichtlich heilbar 24 (7 M. 17 F.), voraussichtlich unheilbar 38 (20 M. 18 F.), zur Beobachtung 1 F. An Dem. par. litten 9 (7 M. 2 F.). Aus dem Regierungsbezirke der Anstalt wurden 71,4 pCt. aufgenommen. Heredität bei 44,4 pCt. nachweisbar, bei den Paralytikern 33,3 pCt. Unter dem Abgange genesen 9 (5 M. 4 F.), darunter 1 M., gebessert 17 (6 M. 9 F.), darunter 1 M. mit Paral., gestorben 27 (7 M. 20 F.), darunter 7 mit Paralyse (2 M. 5 F.). Eine 71jähr. Frau hatte 31 J., ein 81jähr. Mann 55 J. in der Anstalt gelebt. An Influenza erkrankten 22 Pfleglinge, von denen 1 an Herzlähmung starb. Von der Gutsabtheilung in Briegischdorf mussten 24 zurückgenommen werden. Isolirungen häufiger

auf der Frauenabtheilung. Hyoscin und Sulfonal oft mit gutem Erfolge. — Ausgabe 148 687 M., pro Kopf und Jahr 374,24 M.

Bericht über die Verwaltung der Prov.-Irrenanstalt zu Plagwitz für 1889/90. 8°. 17 S. (Dir. Dr. *Petersen*-Borstel.)

Bestand 227 (123 M. 104 F.), aufgenommen 16 (7 M. 9 F.), entlassen geheilt 2 F., gebessert 2 (1 M. 1 F.), ungeheilt 6 (3 M. 3 F.), gestorben 8 (3 M. 5 F.), blieben 225 (123 M. 102 F.). Heredität in 45 pCt. der Aufgenommenen. 2 Untersuchungsgefangene wurden als irre erkannt. Von den Gestorbenen war 1 M. 21 J. in der Anstalt. Von der Influenza wurden 90 pCt. der Angestellten und 25 pCt. der Pfleglinge ergriffen mit mildem Verlauf. Das Gesammtterrain wurde durch Ankauf von 8 ha auf 21 ha erhöht. Die Isolirabtheilung der Frauen wurde umgebaut. Auf dem hinzugekauften Terrain wird ein Haus für 50 M. erbaut. — Ausgaben 113563 M.

Bericht über das St. Johannes-Hospital zu Nieder-Marsberg. 4°. 22 S. (Dir. Dr. *Rubarth*.)

Bestand am 1. April 1889 466 (263 M. 203 F.), aufgenommen 150 (74 M. 76 F.), entlassen geheilt 41 (19 M. 22 F.), gebessert 42 (18 M. 24 F.), ungeheilt 59 (32 M. 27 F.), gestorben 35 (22 M. 13 F.). Von den Ungeheilten wurden 37 nach der Anstalt in Eickelborn übergeführt. Von den Aufnahmegesuchen mussten 43 wegen Raummangel abgelehnt werden. Bei 6 wöchentlicher Beobachtung erwiesen sich 2 Untersuchungsgefangene als irre. Heredität bei den Aufgenommenen 42,6 pCt., Trunksucht als Ursache bei 7 (6 M. 1 F.), Kopftrauma bei 10 (8 M. 2 F.), psychische Eindrücke bei 41 (18 M. 23 F.). Von den Geheilten genasen 37 (15 M. 22 F.) bis zu ½ J. der Erkrankung bei der Aufnahme, 4 bei längerer Dauer. Aufenthaltsdauer bis 1 J. bei 35 Genesenen. An Influenza erkranken 127 (83 M. 44 F.), das Wartpersonal fast durchweg: 4 starben daran. — Ausgabe 285324 M.

Bericht über die Irrenanstalt Bethesda bei Lengerich. 4°. 14 S. (Dir. Dr. *Schaefer*.)

Bestand am 1. April 1889 464 (247 M. 217 F.), aufgenommen 189 (104 M. 85 F.), entlassen geheilt 41 (23 M. 18 F.), gebessert 46 (28 M. 18 F.), beurlaubt 7 (1 M. 6 F.), ungeeignet 3 M., ungeheilt 73 (36 M. 37 F.), gestorben 36 (23 M. 13 F.), blieben 447 (237 M. 210 F.). Unter den Aufgenommenen 22 (16 M. 6 F.) mit Dem. par., mit Epilepsie 7 M., nicht-irre 3 M., mit Heredität 79 (43 M. 27 F.). Abgegangen mit Dem. par. 18 (12 M. 6 F.). Tod durch Suicid bei 1 Frau.

Bericht über die Irrenanstalt Marienthal zu Münster. 4°. 16 S. (Dir. Dr. *Gerlach*.)

Bestand am 1. April 1889 308 (149 M. 159 F.), aufgenommen 169 (94 M. 75 F.), entlassen geheilt 21 (4 M. 17 F.), gebessert 34 (16 M. 18 F.),

Digitized by Google

ungeeignet 2 M., ungeheilt 59 (29 M. 30 F.), gestorben 19 (10 M. 9 F.), blieben 342 (182 M. 160 F.). Unter den Aufgenommenen 14 (13 M. 1 F.) mit Dem. par., nicht-irre 1 M., mit Heredität 83 (43 M. 40 F.). Von 202 Aufnahmeanträgen mussten 33 wegen Mangels an Raum abgelehnt werden. Ein Freijahr wurde in 28 Fällen bewilligt, die Angaben über die Dauer der Erkrankung vielfach ungenau. 5 von den mit Dem. par. Aufgenommenen hatten früher an Syphilis gelitten, directe Erblichkeit bei 29 M. und 33 F. nachweisbar. 36 Unheilbare wurden nach Eickelborn übergeführt. 1 Strafgefangener simulirte. 1 M. starb an Schädelbruch, als er ein nicht fest verschlossenes Fenster im 2. Stocke benutzte, um sich herauszustürzen. Influenza bei Kr. wenig, viel beim Personal.

Bericht über die Prov.-Pflegeanstalt zu Eickelborn. 4°. 4 S. (Dir. Dr. ***Schroeder.***)

Bestand 1. April 1889 223 (110 M. 113 F.), aufgenommen 134 (74 M. 60 F.), davon entlassen ungeheilt 2 (1 M. 1 F.), gestorben 35 (21 M. 14 F.), blieben 320 (162 M. 158 F.). Der Director wurde angestellt. Pflege durch barmherzige Schwestern. — Ausgaben 129 012 M.

Bericht über die Verwaltung der Westpreuss. Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz für das Etatsjahr 1889/90. 4°. 12 S. (Dir. Dr. ***Grunau.***)

Bestand 435 (215 M. 220 F.), aufgenommen 60 (37 M. 23 F.), ausgeschieden 78 (49 M. 29 F.), es blieben 417 (203 M. 214 F.). Von den 5 zur Beobachtung aufgenommenen Untersuchungsgefangenen waren 2 nicht geisteskrank; bei 36 Aufgenommenen war Heredität nachweisbar. Von den 78 Ausgeschiedenen waren 14 (8 M. 6 F.) genesen, 16 (8 M. 8 F.) gebessert, 25 (16 M. 9 F.) ungeheilt, 1 M. nicht geisteskrank, 2 M. entwichen, 20 (14 M. 6 F.) gestorben. Von den 14 Genesenen waren 10 bis 1 Jahr, 4 bis 2 Jahre in der Anstalt. — Ausgabe 209 635 M.

Bericht über die Heil- und Pflegeanstalt Eichberg von 1889 bis 1890. 4°. 12 S. (Dir. Dr. ***Schroeter.***)

Bestand am 1. April 1889 475 (235 M. 240 F.), aufgenommen 147 (81 M. 66 F.), abgegangen 120 (66 M. 54 F.), blieben 502 (250 M. 252 F.). Zur Beobachtung kamen 6 Kr., davon 5 psychisch krank und 1 „eigenartige Charakter- und Gemüthsanlage“. Unter den Aufgenommenen litten 27 (20 M. 7 F.) an Dem. par. Freistellen konnten an 19 Patienten verliehen werden, die innerhalb 6 Mon. erkrankt, gering bemittelt und voraussichtlich heilbar waren; bei 68 (36 M. 32 F.) war Heredität nachweisbar. Von den Entlassenen geheilt 25 (10 M. 15 F.), gebessert 38 (20 M. 18 F.), ungeheilt 11 (8 M. 3 F.), nicht-irre 1 M. Gestorben 45 (27 M. 18 F.). Dauer der Krankheit bei den Geheilten vor der Aufnahme unter 3 Mon. bei 18

(8 M. 10 F.), von 3—6 Mon. bei 5 (1 M. 4 F.), über 6 Mon. bei 2 (1 M. 1 F.). Aufenthaltsdauer derselben bis 6 Mon. bei 9 (6 M. 3 F.), von 6—12 Mon. bei 8 (2 M. 6 F.), über 1 Jahr bei 8 (2 M. 6 F.), die späteste 2 J. 8 Mon. Die Influenza beschleunigte den Tod bei 6 Kranken.

Ein Neubau auf dem Wachholderhof für 50 M. ist beschlossen. Der Reinertrag aus der Schweinemästung ergab 5855 M., der Gewinn aus der Garten- und Feldwirthschaft 5664 M. — Ausgaben 388 809 M.

Bericht über die Städtische Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr. für April 1889—90. 8°. 20 S. (Dir. Dr. ***Meschede.***)

Auf der Abth. für Geisteskranke Bestand 25 (7 M. 18 F.), aufgenommen 174 (95 M. 79 F.). Hiervon kommen nach Irrenanstalten 52 (27 M. 25 F.), der Pflegeanstalt des Armenhauses überwiesen 15 (9 M. 6 F.), es starben 13 (7 M. 6 F.). Von den übrigen 119 sind 53 geheilt, 16 gebessert, 22 als ungeheilt entlassen. Es blieben 28 (8 M. 20 F.). Unter den 199 Geisteskranken waren 107 heilbare und 92 unheilbare. Die Zahl der an Geistesstörung mit Lähmung Leidenden war 47 (32 M. 15 F.). Die organische Grundlage der Lähmung war in einzelnen Fällen Lues cerebri, in anderen Hirnapoplexie.

Jahresbericht der kantonalen Irrenanstalt St. Urban für 1888/89. 8°. 36 S. (Dir. Dr. ***Lisibach.***)

Bestand Anfang 1888 371 (185 M. 186 F.), aufgenommen 178 (103 M. 75 F.), entlassen geheilt 60 (36 M. 24 F.), gebessert 60 (26 M. 34 F.), ungeheilt 27 (19 M. 8 F.), gestorben 18 (12 M. 6 F.), blieben 384 (195 M. 189 F.). 1889 aufgenommen 163 (82 M. 81 F.), entlassen geheilt 48 (20 M. 28 F.), gebessert 60 (35 M. 25 F.), ungeheilt 35 (22 M. 13 F.), nicht-irre 1 M., gestorben 18 (9 M. 9 F.), blieben 385 (190 M. 195 F.). Die Krankheit der Genesenen vor der Aufnahme dauerte bis 5 Monate bei 57 (34 M. 23 F.), länger bei 3 (2 M. 1 F.) im Jahre 1888; bis 6 Mon. bei 42 (15 M. 27 F.), länger bei 6 (5 M. 1 F.) im Jahre 1889. Erblichkeit war 1888 bei 42 (27 M 15 F.) im ersten Halbjahre Genesenen, 1889 bei 32 (11 M. 21 F.) im ersten Halbjahre Genesenen. Die Behandlungsdauer 1888 bis ½ Jahr bei 44 (25 M. 19 F.) Genesenen, darunter mit Heredität bei 31 (19 M. 12 F.), ohne Erblichkeit bei 12 (6 M. 6 F.), unbekannt bei 1 F. Später genasen nur bis 2 Jahre Aufenthalt 16 (11 M. 5 F.). — 1889 genasen in halbjähriger Dauer des Aufenthaltes 34 (16 M. 18 F.), darunter 25 (11 M. 14 F.) mit Heredität, bei längerer Dauer 14 (4 M. 10 F.), darunter 12 (4 M. 8 F.) mit Heredität. Ursache der Erkrankung bei den Aufgenommenen 1888 war bei 31 (29 M. 2 F.) Abusus alcoh., 1889 22 (16 M. 6 F.). 1888 und 1889 je 1 Suicidium. — Ausgaben 1889 272,855 Frcs., pro Kopf und Tag 2,02 Frcs.

Digitized by Google

Rendiconto statistico e morale del Manicomio interprov. V. E. II. — Il Manicomio, Bd. VI, Heft 1 u. 2.

Krankenbewegung: Bestand am 31. Decbr. 1889 725 (506 M. 219 F.); aufgenommen im 1. Halbjahr d. J. 1890 123 (75 M. 48 F.); entlassen 60 (40 M. 20 F.); gestorben 65 (40 M. 25 F.); Bestand am 30. Juni 1890 723 (501 M. 222 F.).

Ein Bericht des Directors über die in den letzten 2 Jahren stattgehabten Veränderungen in der Anstalt erwähnt verschiedene Verbesserungen, Neubauten; darunter eine Dampfwaschanstalt, deren Maschine von 15 Pferdekräften zugleich die Anstalt mit elektrischem Licht (130 Lampen) versorgt.

Zum stellvertretenden Director der Anstalt an Stelle des ausgeschiedenen Dr. *Luzenberger* wurde Dr. *Ventra* erwählt.

In dem neuerbauten anatomischen Theater befindet sich zugleich eine meteorologische Station; es sollen Beobachtungen angestellt werden über die Beziehungen der Delirien, Todesfälle, Heilungen, der epileptischen Anfälle zur Witterung.

Die verbesserten hygienischen Verhältnisse der Anstalt werden illustrirt durch eine Tabelle, nach welcher der Mortalitätssatz gesunken ist von 19,29 pCt. in 1887 auf 13,65 pCt. in 1889; desgleichen die für Arzneien verausgabte Summe von 6173 l. auf 5464 l.; sowie dadurch, dass seit dem Jahre 1888 in der Umgebung herrschende Epidemien die Anstalt verschonten.

An Beschäftigungsmitteln für die Kranken wird hervorgehoben eine grosse Druckerei, sowie eine Musikschule; landwirthschaftliche Thätigkeit ist mangels des erforderlichen Terrains zur Zeit leider noch nicht möglich.

Sehr geklagt wird über den häufigen Wechsel des Wartepersonals und die Unmöglichkeit, einen festen Kern erprobter Kräfte zu bilden: eine Besserung wird nur von einer besseren Fürsorge für die Zukunft der Wärter erwartet.

Demgemäss wird unter den Wünschen für die Zukunft der Anstalt neben der Anschaffung einer wissenschaftlichen Bibliothek, die Errichtung einer Pensionskasse für die Krankenwärter erwähnt. Weitere Neubauten werden als nothwendig hingestellt in Anbetracht der rasch wachsenden Zahl der Kranken (in 2½ Jahren von 567 auf 725): besonders erscheint die Errichtung einer criminellen Section nothwendig, da die Zahl der verbrecherischen Irren bereits 100 beträgt. Endlich wird ein ausführlicher Statutenentwurf vorgelegt zur Begründung einer Patronatsgesellschaft für Unterstützung entlassener, geheilter oder reconvalescenter Kranken. *Liebe.*

Rep. of the Eastern Michigan As. at Pontiac for the bienn. period ending June 30, 1890.

Bestand am 1. Juli 1888 775 Kr. (391 M. 384 W.). Aufgenommen im 1. Jahre 259 (150 M. 109 W.). Abgegangen 213 (113 M. 100 W.), darunter

Digitized by Google

gestorben 60 (34 M. 26 W.). Es blieben am 30. Juni 1889 821 (428 M. 393 F.). Im 2. Berichtsjahre aufgenommen 378 (207 M. 171 W.), abgegangen 212 (118 M. 94 W.), darunter gestorben 62 (37 M. 25 W.). Bestand am 30. Juni 1890 990 Kr. (518 M. 472 W.). — Bericht über die wiederaufgenommenen Kranken, 2 Selbstmorde, einige Todesfälle, z. B. grosses Endotheliom der Dura, das nach der Stirn durchbrach und exulcerirte. — Im Jan. und Febr. 1890 befiel die Influenza 249 Kr. (88 M. 161 F.). Im Nähzimmer wurden alle Wärterinnen und die Hälfte der Kranken befallen. Am wenigsten betroffen wurden die schwachen und bettlägerigen Kranken. 2 starben. — Die Zunahme der allgemeinen Paralyse im Verhältniss zu anderen Geistesstörungen zeigte sich auch in Pontiac evident. Dies entspricht „der Tendenz der Geisteskrankheiten, organische Formen anzunehmen. Die Erfahrung der meisten Anstalten ergibt, dass die Geisteskrankheiten immer weniger heilbar werden".

Ann. Rep. of the Departm. for the Ins. of the Pennsylvania Hosp. for the year ending 4. mouth 22 d, 1890.

Am 22. April 1889 waren in der Irrenabtheilung 174 M. und 219 F. Aufgenommen 87 M. und 91 F. Es blieben am 22. April 1890 181 M. und 226 F. Es starben 13 M. und 14 F. Die nach Erlass des Irrengesetzes von 1883 wesentlich verminderte Aufnahmeziffer frischer Fälle steigt wieder — ein Zeichen, dass die Bevölkerung sich an die strengen Bestimmungen und die Hineinziehung des Richters in das Aufnahmeverfahren gewöhnt. An der Influenza erkrankten von 411 Pat. 53, von 223 Angestellten und deren Familienmitgliedern 91. 1 Wärter starb dabei an folgendem Lungenödem. — Ein Gebäude von Holz für Billard, Kegelbahn und gymnastische Uebungen ward errichtet und bewährt sich.

Report on New-Asylum for Insane Criminals of the State of New-York. Albany, 1890. 8°. pp. 23 mit 4 Plänen. (Präsident Dr. *C. Mac Donald* u. ärztl. Dir. Dr. *H. E. Allison.*)

Enthält den Bericht des Baumeisters Perry und die Beschreibung der bis jetzt ausgeführten 15 Gebäude der Anstalt nach den Angaben des Dr. *C. Mac Donald*, welcher vorher das Asyl für irre Verbrecher zu Auburn dirigirte und jetzt Mitglied der Commission für Aufsicht der Irrenanstalten im Staate ist. 4 Pläne illustriren den Bericht. Bauausgaben 191,414 D.

16. Jahresbericht des Hülfsvereins für arme Irre des Kantons Luzern. 8°. 81 S.

Dir. Dr. *J. Lisibach* hält einen Vortrag über das Verhalten der Angehörigen gegenüber Geisteskranken im Beginne der Krankheit wie dann, nachdem letztere in die Anstalt aufgenommen sind, Statuten des Vereins. Jahresbericht über die Zwecke und Erfolge des Vereins. Verhandlungen der

Versammlung. Eingegangen sind 5408 Frcs. Vermögensstand 79358 Frcs. Verzeichniss der Mitglieder.

***Baschenow, N. N.*, Vierundeinhalbjährige psychiatrische Thätigkeit in einer Provinzialanstalt der Semstwo. — Gesammelte Abhandl. Moskau 1890.**

Wie aus meinen früheren Referaten bekannt, hat die Semstwo (Landstände) im Laufe des letzten Decenniums in Russland nicht wenig für das Irrenwesen gethan. Verfasser war an dieser Thätigkeit betheiligt und während $4^1/_2$ Jahre Director einer solchen Anstalt des Gouvernements Rjasan in „Golentschin".

Baschenow wurde zum Leiter der Anstalt berufen, stiess aber vom ersten Augenblicke auf Schwierigkeiten, da die bestätigten Pläne mangelhaft und unvollständig waren, um dies zu beseitigen, musste er harte Kämpfe durchmachen. Eben so ging es nach der Beendigung des Baues mit der inneren Organisation. Nicht böser Wille war es, der hier wirkte, sondern die Incompetenz der leitenden, localen Kräfte, die ohne entsprechende Sachkenntniss an der Spitze stand, dem ärztlichen Leiter aber nicht genügende Selbstständigkeit gestattete. So ging es weiter, bis die Lust und Liebe zur Sache gebrochen wurde, die Hände sanken und *Baschenow*, da er das, was er als nothwendig für die Kranken betrachtete, nicht erreichen konnte, es vorzog, den Kampf aufzugeben und die Stellung zu verlassen.

Die ganze objectiv gegebene Schilderung macht einen sehr traurigen Eindruck und zeigt wiederum, dass es überall da gut ist, wo man nicht ist.

A. v. Roth.

***Ginsburg-Schik, D. G.*, Bericht über die Chersoner Gouvernements Irrenanstalt der Semstwo für das Jahr 1889. — Monographie. 50 S. Cherson 1890.**

Am 1. Januar 1889 betrug der Bestand	181 M.	131 F.	= 312		
Neu aufgenommen wurden	154 -	82 -	= 236		
Behandelt und verpflegt wurden . . .	335 -	213 -	= 548		
Im Laufe des J. verliessen als genesen	51 -	20 -	= 71	= 12,04	pCt.
Als gebessert	20 -	10 -	= 30	= 5,47	-
Ohne Besserung	21 -	13 -	= 34	= 6,2	-
Gestorben	40 -	21 -	= 61	= 11,1	-
Für den 1. Januar 1890 verblieben . .	203 -	149 -	= 352.		

Die 548 Kranken verbrachten im Jahre 1889 123723 Tage in der Anstalt.

Die Zahl der Alkoholiker betrug im Jahre nur 22 Personen.

Von den 236 Neuaufgenommenen wurden 21 M. und 3 F. der Anstalt

Digitized by Google

übergeben, um über ihren Geisteszustand ein Urtheil zu fällen und dieselben, wenn krank, laut Gesetz zu behalten.

Was die Todesursachen anbelangt, so erlagen 37,7 pCt. der Gestorbenen der Paralysis prog.; 22,9 pCt. der Tuberculose; 6,5 pCt. je einem Vitium cordis, Haemorrhagia cerebri und Status epilepticus.

Der Unterhalt der Anstalt kostete für das Jahr 1889 63851 Rubel, was pro Kopf und Jahr 229 Rb. 91 Kop. ausmacht.

43 pCt. der gesammten Kranken wurden unentgeltlich verpflegt.

Die Kranken wurden, so viel es ihr Zustand gestattete, systematisch beschäftigt, und zwar sowohl in Werkstätten, wie auch auf dem Felde und im Garten. *A. v. Rothe.*

***Greidenberg, B. S.,* Bericht über die Irrenabtheilung der Simpheropolschen Wohlthätigkeitsanstalt für das Jahr 1889. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VIII. H. 1.**

Bestand am 1. Jan. 1889 . .	164 M.	92 F.	= 256	
Neu aufgenommen	187 -	75 -	= 262	
Behandelt im Ganzen . . .	351 -	167 -	= 518	
Entlassen wurden	169 -	48 -	= 217	259
Gestorben sind	25 -	17 -	= 42	
Verblieben für das Jahr 1890	157 -	102 -	= 259.	

Die Kranken verbrachten in der Anstalt 95668 Tage, was für das Jahr eine tägliche Durchschnittszahl von 262 Kranken beträgt.

Die Zahl der Neuaufgenommenen wächst jedes Jahr um 10—20 Personen, und doch werden von 4—5000 Einwohnern nur 1 Kranker aufgenommen, was ungefähr von 4 wirklich Erkrankten 1 ausmacht.

Was die Formen der Neuaufgenommenen anbelangt, so boten 42 Paranoia chron., 36 Paranoia acuta, 32 Psychosis periodica, 27 Paral. progr., 24 Delir. trem., 17 Mania, 15 Melanch.

Was die Entlassenen anbelangt, so waren genesen 69 (13,3 pCt.), gebessert 59 (11,4 pCt.), ohne Besserung 79 (15,2 pCt.), gestorben 42 (8,1 pCt.) = 259.

Von Seiten des Gerichts wurden 10, von der Militärbehörde 15, zusammen 25 der Anstalt übergeben, um über ihre geistige Gesund- oder Krankheit ein Urtheil abzugeben. 9 Fälle waren wegen Todschlag und 7 wegen Diebstahl, 4 wegen Brandlegung untersucht worden.

Als Ursache der Geistesstörung wurde Alkoholmissbrauch in 25,5 pCt., Erblichkeit 19,3 pCt., Syphilis 6,1 pCt. constatirt.

Als Todesursache wurde 17 mal allgemeiner Marasmus, 7 mal Tuberculose, 7 mal apoplectischer Insult nachgewiesen.

Allgemeine Klage über die wachsende Ueberfüllung und Mangel an Raum, wie über das niedere Dienstpersonal, welches den Anforderungen durchaus nicht entspricht.

Gelungene Fluchtversuche kamen im Jahre 9 vor. *A. v. Rothe.*

Steinberg, S. J., **Jahresbericht der Saratowschen Gouvernements-Irrenanstalt, der Semstwo für das Jahr 1888. — Wjestnik psychiatrii. Jahrg. VII. H. 1.**

Diese Anstalt gehört mit zu den am besten eingerichteten und geleiteten, und doch fehlt es auch hier nicht an verschiedenen Klagen und Missständen, die dem Psychiater seine so schon schwere Aufgabe anstatt zu erleichtern nur erschweren.

Auch hier ist Ueberfüllung und Mangel an Platz an der Tagesordnung.

Der Bestand betrug am 1. Jan. 1888	121 M.	54 Fr.	= 175
Neu aufgenommen wurden	208 -	80 -	= 288
Behandelt wurden im Ganzen . . .	329 -	134 -	= 463
Die Anstalt verliessen im Jahre 1888	184 -	76 -	= 260
Für das Jahr 1889 verblieben . . .	145 -	58 -	= 203.

Der Zuwachs in dem verflossenen Jahre betrug also 28 Kranke. Auffallend ist es, dass auch hier, wie fast in allen russischen Anstalten die Zahl der Männer die der Frauen um das Doppelte überragt.

Die Zahl der Aufnahmen ist Jahr aus Jahr ein bis jetzt eine grössere als die Zahl, welche die Anstalt verlässt. Was die die Anstalt verlassende anbelangt, so waren

genesen	88 M.	26 Fr.	114	Summa	= 24,62 pCt.
gebessert verliessen die Anstalt	34 -	25 -	59	-	= 12,74 -
ohne Besserung	40 -	18 -	58	-	= 12,53 -
gestorben	22 -	7 -	29	-	= 6,26 -

Der hohe Procentsatz der Genesenen kommt daher, dass 11,65 pCt. aller Kranken überhaupt an acuten Alcoholismus litten. Werden diese Kranken von der allgemeinen Anzahl abgezogen, so beträgt der Procentsatz der Genesenen nur 15,4.

Was die Neuaufgenommenen anbelangt, so waren nur 33,3 pCt. solche, die zu den unheilbaren Kranken gerechnet werden durften.

Die grössten Procentsätze der Gestorbenen gaben Marasmus und Tuberculose.

Auf Veranlassung des Gerichtes wurden aufgenommen 32 M. 3 F. = 35, von diesen verliessen die Anstalt nur 25.

Der Unterhalt der Anstalt kostete im Jahre 1888 34734 Rb. 85 Kop., pro Kopf und Tag also 49 Kop. oder ein Kranker pro Jahr 179 Rb. 97 Kop.

Die Kranken werden so viel als möglich mit Arbeit, sowohl in verschiedenen Werkstätten, wie auch auf Feld und im Garten beschäftigt. *Steinberg* ist eifriger Verfechter der Feldarbeiten und Arbeitercolonien.

A. v. Rothe.

Digitized by Google

Ewgrafow, K. R., **Bericht für das Jahr 1888 über die psychiatrische Abtheilung des Gouvernementshospitals in Pensa. — Archiv f. Psych. Bd. 14. H. 2.**

Bestand am 1. Januar 1888 . .	108 M.	69 F.	177 Summa
Aufgenommen im Jahre 1888 . .	267 -	72 -	339 -
Behandelt wurden im Jahre 1888	375 -	141 -	516 -
Davon wurden entlassen . . .	262 -	77 -	339 -
Verblieben am 1. Januar 1889 .	113 -	64 -	177 -

Besondere Beachtung verdient, dass von den 516 behandelten Kranken 124 M. 13 F. = 137 an eigentlichen chronischen und 28 M. — F. = 28 an acutem Alcoholismus (Delirium tremens) litten.

Von diesen 165 Alkoholikern verliessen die Abtheilung als genesen 121 M. 8 F. = 129, gebessert 19 M. 3 F. = 22, ohne Besserung 2 F., 3 M. starben, in Summa also 143 M. 13 F. = 156.

Was die eigentlichen Geisteskranken anbelangt, so wurden entlassen als genesen 32 M. 13 F. = 45 oder 13,58 pCt., gebessert 47 Pers. = 14,15 pCt., ohne Besserung 18 Pers. = 5,42 pCt., gestorben 44 = 13,25 pCt.

Da die Aufnahme durch nichts eingeschränkt ist, so ist in der Zahl der Neuaufgenommenen das Uebergewicht auf Seiten der frischen Fälle. Die Abtheilung ist überfüllt, der ärztliche Dienst mehr als überanstrengend, da die Abtheilung nur einen Arzt hat. *A. v. Rothe.*

Barteling, F. J., **Aerztlicher Bericht für das Jahr 1889 über die psychiatrische Abtheilung der Irrenanstalt der Semstwo in Tambowsk. — 32 S. u. 2 Tafeln.**

Das wichtigste Ereigniss dieses Jahres war die Bestimmung der Semstwo alle Bauern unentgeltlich aufzunehmen und die Ernennung eines 3. Arztes.

Bestand am 1. Januar 1889	231 M.	97 F.	= 328 Pers.
Im Laufe des Jahres neu aufgenommen	217 -	91 -	= 308 -
Summe aller Behandelten	448 -	188 -	= 636 -
Entlassen wurden im Jahre 1889 . .	219 -	85 -	= 304 -
Für das Jahr 1890 verblieben	229 -	103 -	= 332 -

Im Jahre 1889 verliessen die Anstalt als genesen 134 Pers. = 21,1 pCt., gebessert 56 = 8,8 pCt., ohne Besserung 60 = 9,4 pCt., gestorben 54 = 8,5 pCt.

Die Genesungen waren bei den Männern höher als bei den Frauen, umgekehrt die Sterblichkeit.

Die Anstalt ist mehr denn überfüllt. Nach des Verfassers Meinung müsste für die $2^1/_2$ Millionen Einwohner des Gouvernements wenigstens ein Belegeraum für 500 Kranke vorhanden sein.

Von den 308 Neuaufgenommenen gehörten 157 Personen dem Bauerstande an. Soviel ermittelt werden konnte, boten von den Neuaufgenommenen 34,8 pCt. erbliche Veranlagung und 34,0 pCt. Alcoholismus als Ursache der Krankheit.

Zur Untersuchung des Geisteszustandes wurden von dem Gerichte der Anstalt 11 Männer und 1 Frau übergeben; von diesen 12 Personen war nur 1 Mann, welcher eine heilbare Form darbot.

Was die Gestorbenen anbelangt, so erlagen 35,8 pCt. der allgemein fortschreitenden Paralyse, 22,6 pCt. allgemeinem Marasmus und 16,6 pCt. der chronischen Lungenentzündung.

Mit Handarbeit und auf dem Felde werden die Kranken ziemlich viel beschäftigt. *A. v. Rothe*

***Rothe, A. v.*, Bericht für das Jahr 1888 über die männliche Irrenanstalt des heil. Johannes a Deo in Warschau. — Wjestnik psych. Lat. 8. H. 1.**

Am 1. Jan. 1888 Bestand 203 M. Neu hinzu kamen 95 = 298. Die Anstalt verliessen genesen 10, gebessert 21, ohne Besserung 18, gestorben 43 = 92.

Für das Jahr 1889 verblieben 206. Die Zahl der Hospitaltage aller Kranken betrug 75875. Bei den Neuaufgenommenen bildet die Anamnese immer einen wunden Punkt, denn bei mehr als 66 pCt. haben wir absolut nicht das Geringste erfahren können. Alcoholismus und Syphilis waren jeder mit 5 pCt. vertreten.

Die Zahl der Genesenen im Verhältniss zu allen Kranken betrug nur 3,3 pCt., in Bezug zu den Neuaufgenommenen 10,4 pCt. Die allgemeine Sterblichkeit betrug 14,3 pCt. Die Zahl der mit Paralysis progr. behafteten betrug allein 42 Personen, davon starben 14 = 33,3 pCt.

Als häufigste Todesursache muss die Bronchopneumonia caseosa angesehen werden, welche bei 22 gemachten Sectionen 7 mal constatirt wurde.

Sogenannter gerichtlicher Fälle hatten wir im Jahre 1888 21 Personen, was im Verhältnisse zu den Aufnahmen 22,1 pCt. ausmacht. Alle der Anstalt übergebenen Personen wurden wirklich als geisteskrank erkannt. Das häufigste Verbrechen war Brandstiftung 9 mal.

Von der allgemeinen Krankenzahl sind durchschnittlich 4½ pCt. mit den verschiedenartigsten Arbeiten systematisch und regelmässig beschäftigt. *A. v. Rothe.*

Digitized by Google

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf.

Thomsen **(Kappeln), Beobachtungen über den Selbstmord. — Arch. f. Psych. XXII. H. 1.**

Verf. unterscheidet eine chronische und eine acute Selbstmordmanie; bei der ersteren sind Hauptursachen: Senilität, Psychosen, Heredität und Rasse, wozu denn noch Gelegenheitsursachen treten. Von den Psychosen neigen am meisten zum Selbstmord Melancholie und Dipsomania continua. Die seltenere acute Selbstmordmanie, bei der sich die Patienten nicht schon lange und systematisch mit Todesgedanken tragen, sondern in einem Anfall transitorischer Manie die selbstmörderische That vollbringen, belegt Verf. mit zahlreichen Beispielen seiner eigenen Beobachtungen. Alter und Geschlecht sind von unverkennbarem Einfluss auf psychische Abnormitäten; — das Knabenalter zeitigt zur Periode des erwachenden Geschlechtstriebes mit der Onanie eine Menge von Selbstmorden. Das Heimweh erzeugt oft einen eigenartigen Zustand von Bewusstseinstrübung, aus dem nicht selten Hang zum Selbstmord hervorgeht. Verf. gibt dann die 127 selbstbeobachteten Suicidien, 96 M. 31 Fr.; 71 durch Erhängen, 32 durch Ertrinken, 9 durch Erschiessen, 6 durch Halsabschneiden, 4 durch Gift (davon 3 Gravidae durch Zündhölzchen), 6 unermittelt. Bei 30 war die Ursache Psychose, 30 Trunksucht, 17 Heredität, 11 Furcht vor Strafe, 4 Pubertät, 1 Reue, 8 körperliches Leiden, 1 Imitation, 8 Senilität, 17 unermittelt. *S.*

Die Selbstmorde der Schüler in Preussen 1883—88. — Zeitschr. des Stat. Bureau.

Bei der Ermittelung der Selbstmorde in der Bevölkerung Preussens gelangt gleichzeitig auch die Zahl derjenigen Schüler zur Kenntniss der Behörden, welche ihrem Leben freiwillig ein Ende machen. Auf Anregung des Unterrichtsministeriums hat das Statistische Bureau die Erforschung der Gründe dieser Selbstmorde sich angelegen sein lassen.

Es haben in Preussen während des sechsjährigen Zeitraums 1883 bis 1888 im Ganzen 289 Schüler Hand an sich gelegt; auf die einzelnen Jahre beziehentlich die höheren und niederen Lehranstalten vertheilen sich die Selbstmorde folgendermaassen:

Lehranstalten	1883	1884	1885	1886	1887	1888
höhere	19	14	10	8	17	42
niedere	39	27	30	36	33	14

Im Jahre 1888 ist also die Höchstzahl der Schülerselbstmorde von 1883 fast wieder erreicht, nachdem die Ziffer in den übrigen Jahren stets niedriger war. Hinsichtlich der Betheiligung der beiden Geschlechter, so stellt sich die Zahl der Selbstmorde von Schülern

Digitized by Google

	1883	1884	1885	1886	1887	1888
männlichen Geschlechts auf	50	33	33	38	41	45
weiblichen - -	8	8	7	6	9	11

Treten schon der Forschung nach den Beweggründen der Selbsttödtungen erwachsener Personen bedeutende Schwierigkeiten entgegen, so ist dies in noch weit höherem Maasse bei den Schülerselbstmorden der Fall, da über die seelischen und körperlichen Eigenschaften der jugendlichen Selbstmörder sowie über deren Vorleben meist noch seltener als bei jenen ausreichende Beobachtungen vorliegen, um als Anhalt für die hier nöthigen Ermittelungen zu dienen; gleichzeitig werden auch jugendliche Personen durch verhältnissmässig unbedeutende Vorkommnisse erheblich leichter als ältere zum Selbstmorde verleitet. Hierauf beruht es, dass von den in 6 Jahren 1883—1888 vorgekommenen 289 Selbstmorden von Schülern in Preussen bei 86 (29,8 pCt.) die Ursache unbekannt blieb. Wie sich im übrigen diese Verhältnisse gestalten, geht aus nachstehender Tabelle hervor.

Es legten in jenen 6 Jahren Hand an sich aus folgenden Beweggründen

	Schüler höherer Lehranstalten		Schüler niederer Lehranstalten	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
aus Furcht vor dem Examen, wegen nicht bestandenen Examens und nicht erfolgter Versetzung . . .	15	—	1	—
aus sonstigen mit dem Schulbesuche zusammenhängenden Gründen . .	5	—	8	1
wegen Zerwürfnisses mit den Eltern beziehentlich Lehrern	2	—	—	—
wegen gekränkten Ehrgeizes . . .	11	—	7	1
aus Furcht vor Strafe	1	1	45	23
wegen harter beziehentlich unwürdiger Behandlung seitens der Eltern beziehentlich anderer Personen .	1	—	9	3
aus Aerger, Zorn, Missmuth, Trotz .	2	—	6	—
wegen Geisteskrankheit	11	1	12	2
- körperlicher Leiden	1	—	1	1
- religiöser Schwärmerei . . .	—	—	1	1
- unglücklicher Liebe	4	1	—	—
- sittlicher Verwahrlosung . .	1	—	5	1
- Lebensüberdrusses	5	—	—	1
aus Spielerei	—	—	7	—
wegen sonstiger Gründe	3	—	2	—
aus unbekannter Veranlassung . .	15	—	59	12
zusammen	77	3	163	46

S.

Digitized by Google

***Gucci, Raff.*, Die geographische Vertheilung der Geistesstörungen in der Provinz Florenz. — Arch. it. XXVII. 5.**

Innerhalb eines Zeitraumes von 45 Jahren (1845—1889) wurden 13024 Irre in der IA. von Florenz aufgenommen, d. i. 1 unter 2367 Einwohnern der Provinz Florenz, oder 4,22 von 10000 der 4 Kreise, aus denen die Provinz besteht. Die meisten lieferte der Kreis Florenz, nämlich 9899; S. Miniato 1128, Rocca S. Casciano 1039, Pistoja 958.

Das Verhältniss der Zahl der Irren zu der von 10000 Einwohnern war aber folgendes:

im Kreise	einschliesslich der Kreishauptstadt	ausschliesslich der Kreishauptstadt
Florenz	5,00	3,33
Pistoja	2,11	1,77
S. Miniato	2,43	2,47
Rocca S. Casciano	5,48	5,19

Da die Kreise Pistoja und Miniato sehr glückliche Boden- und klimatische Verhältnisse, in Folge dessen auch eine wohlhabende und gebildete Bevölkerung besitzen, was in dem felsigen und sterilen S. Casciano nicht und im Kreis Florenz nur zum Theil der Fall ist, so schliesst Verf. daraus auf ihr günstigeres Verhalten in Beziehung auf die Zahl der Irren. Gegenüber diesem physischen Einfluss auf das Irresein steht der moralische, der sich in allen Grossstädten unter den dürftigen und verroheten Menschenklassen und so auch in Florenz geltend macht. *Fr.*

44. Bericht des „Commissioners in Lunacy". — 1. Juli 1890.

Am 1. Jan. 1890 betrug die Zahl der Geisteskranken in England und Wales 86067, im Laufe des Jahres 1889 war demnach eine Zunahme von 1727 Kranken zu verzeichnen. Auf 341 Einwohner kam 1 Geisteskranker. Genesungen waren 38,81 pCt. gegen 38,71 pCt. im Jahre 1888. Der Procentsatz der Todesfälle war 9,81. — Die allgemeine Paralyse zeigt eine Zunahme; in den Jahren 1879—1888 wurden durchschnittlich 13,7 pCt. Paralytiker aufgenommen, im Jahre 1889 stieg die Zahl derselben auf 15,1 pCt. *S.*

32. Jahresbericht für die Irrenpflege in Schottland. — Edinburgh. 1890.

Am 1. Januar 1890 wurden 12302 Geisteskranke gezählt, demnach im Jahre 1889 eine Zunahme von 348. Aufgenommen wurden 479 Privatkranke und 2161 Kranke auf öffentliche Kosten; die Zahl der freiwillig in eine Anstalt eingetretenen Kranken betrug 76, sie hatte sich gegen das Vorjahr um 21 vermehrt. Die Genesungen betrugen in den Königlichen und Districtsanstalten 38 pCt., in den Privatanstalten 46 pCt., in den Parochialanstalten 42 pCt., in den Armenhäusern 4 pCt. Die Todesziffer betrug für die Privatkranken 6,4 pCt., für die öffentlichen Kranken 8,1 pCt. Nach

Digitized by Google

den einzelnen Anstalten stellt sich die Sterblichkeit: in den Königlichen und Districtsanstalten 7,4 pCt., in den Privatanstalten 6,4 pCt., in den Parochialanstalten 9,1 pCt., in den Armenhäusern 4,9 pCt. — 124 Unglücksfälle, 9mal mit tödtlichem Ausgang, kamen vor; davon waren 3 Selbstmorde. *S.*

39. Jahresbericht für die Irrenpflege in Irland. 1890.

Am 1. Jan. 1890 wurden gezählt 16159 Geisteskranke, 474 mehr als im Vorjahr. Die Kranken vertheilten sich: in Districtsanstalten 11180, in Privatanstalten 637, in Gefängnissen 1, in Armenhäusern 4165, in der Centralanstalt Dundram 176. *S.*

Digitized by Google

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau 181*

Commissionsbericht über Suggestions-Therapie bei Geisteskranken. (Ertheilt in der Versammlung der Ital. Irrenärzte zu Novara im Septbr. 1889.) *Funkhouser, Rob.*, St. Louis, Mo. *Grimaldi, A.* e *Fronda, R.*, Trasmissione del pensiero e suggestione mentale. Stud. sperim. e critico. *Fuchs, Fr.*, Bonn, Die Comödie der Hypnose. *Hirt, L.*, Die Bedeutung der Suggestionstherapie für die ärztliche Praxis. *Voisin, A.*, Lypemanie anxieuse avec gémissements. *Roubinovitsch*, Guérison d'un accès de melancholie chez une dégénérée. *Bérillon, E.*, Neurasthénie grave.

2. Psychophysik. Ref.: Max Dessoir-Berlin 184*

Jastrow, Joseph, The time relations of mental phenomena. *Kräpelin, Emil*, Zur Kenntniss der psychophysischen Methoden. *Münsterberg, Hugo*, Beiträge zur experimentellen Psychologie. *Preyer, W.*, Wissenschaftliche Briefe von *G. Th. Fechner* und *W. Preyer*, Nebst einem Briefwechsel zwischen *K. v. Vierordt* und *Fechner*, sowie neun Beilagen. *Ebbinghaus, H.*, Ueber negative Empfindungswerthe. *Nichols, H.*, On the psychology of time. *Helmholtz, H. v.*, Versuch einer erweiterten Anwendung des *Fechner*'schen Gesetzes im Farbensystem. *Kirschmann, A.*, Ueber die quantitativen Verhältnisse des simultanen Helligkeits- u. Farbencontrastes. *Martius, G.*, Ueber die Reactionszeit und Perceptionsdauer der Klänge. *Stumpf, C.*, Ueber Vergleichung von Tondistanzen. *Wundt, W.*, Ueber Vergleichungen von Tondistanzen. *Jakowlew, A.*, Zur Frage über die Zeitdauer der Sehnenreflexe mit 3 Tafeln. *Tschisch, W. F.*, Ueber die Breite (den Umfang) der Perceptionsfähigkeit Geisteskranker.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien 194*

Tamburini, Die Bestimmungen des neuen italienischen Strafgesetzbuchs hinsichtlich der Ueberwachung der Irren. *Proal*, Appelationsrath, Die Frage der Zurechnungsfähigkeit der Irrsinnigen. *Benedikt, Moritz*, Die Vagabunden und ihre Behandlung. *Crothers*, Neue gerichtlich-medicinische Fragen

Digitized by Google

Seite

betreffs der Trunkenheit. *Laurent*, Criminelle Suggestionen. *Gilles de la Tourette*, Zum Geisteszustand der Hysterischen. *Bianchi*, Zur Verantwortlichkeit der Hysterischen. *Hospital*, Ueber hysterische Kindsmörderinnen. *Kühner*, Zur gerichtsärztlichen Würdigung der in Folge heftiger Körpererschütterungen, insbesondere nach Eisenbahnunfällen auftretenden nervösen Störungen. *Seeligmüller*, Die Errichtung von Unfallskrankenhäusern, ein Act der Nothwehr gegen das zunehmende Simulantenthum. *Bernheim*, Die Lehre von den Hirngeschwülsten in forensischer Beziehung. *Hinterstoisser*, Das moderne Vehmgericht. *Régis*, Die Königsmörder in der Geschichte und in der Gegenwart. *Tamburini* u. *Algeri*, Der Geisteszustand Passanante's. *Buonomo*, *Bianchi*, *Tamburini*, *Vizioli* u. *Virgilio*, Gutachten über den Geisteszustand Caporali's. *Peters*, Angezweifelte Zurechnungsfähigkeit bei vorsätzlicher Brandstiftung. Verminderte Zurechnungsfähigkeit. *Simoncelli*, Gutachten über den Geisteszustand des verstorbenen Senator Ranieri bezüglich eines Testaments. *Ballet*, Gutachten über einen an Paranoia persecutoria leidenden Mörder. *Murray, J.*, Lebensgeschichte eines simulirenden Verbrechers. *Coutagne* u. *Bernard*, Mord, fragliche Zurechnungsfähigkeit wegen Morphiummissbrauch. *Zierl*, Gerichtlich psychiatrische Mittheilungen. *Peters*, Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit einer Kindesmörderin. *Mandalari*, Gutachten über einen dreifachen Mörder. *Engelhorn*, Gutachten über einen zweifelhaften Fall von Geistesstörung. *Holzen*, Gutachten über den Geisteszustand des L. (Exhibitionen auf epileptischer Basis). *Magnan*, Ueber Exhibitionisten. *Sander*, Obergutachten des K. Medicinalcollegiums (Brandenburg) über den Geisteszustand des wegen Sittlichkeitsverbrechen angeklagten Instrumentenmachers N. *Freyer*, Ein weiterer Beitrag zu den Fällen von Perversität der Geschlechtsempfindung. *Bonfigli* u. *Tambroni*, Gutachten über einen wegen Insubordination verhafteten Soldaten. *Morselli*, Gutachten über einen Mörder („Imenomanie eines Imbecillen). *Ottolenghi*, Zur psychisch. Epilepsie. *Giraud*, Gerichtsärztliche Revue. *Greidenberg, K. S.*, Gerichtlich-psychiatrische Beobachtung.

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie.

Ref.: Schüle-Illenau 222*

Allgemeine Pathologie 222*

Ferrier, David, Ueber Gehirnlocalisation. *Chaslin*, Wahnsinn und Hallucinationen in ihrem Zusammenhang. *Johnson Smyth, W.*, Untersuchungen von Blut und Urin bei Geisteskranken. *Popow, N. M.*, Traum und Irresein. *Butakow, J.*, Amnesie nach einem Versuche sich zu Erhängen. *Schtscherbaka, A.*, Ueber den Gehalt von Phosphorsäure im Blute der Art. temporalis und Vena jugularis bei Hunden während des Morphiumschlafes. Aus dem Laboratorium des Prof. *Mierzejewski*. *Peterson, Fred.*, Klinische Studie über Paralysis agitans. *Tarnowski, P.*, Etude anthropométrique sur les prostituées et les voleuses. *Chatelain*, Das Irresein. Plaudereien über die Gei-

Digitized by Google

Seite

stesstörungen. Ins Deutsche übertragen von Dr. *Otto Dornblüth*. *Moreau, Paul*, Der Irrsinn im Kindesalter. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. *Demetris Galatti*. *Tamburini*, Ueber motorische Hallucinationen. *Marro*, Das Irresein der Frauen. *Rossi, Enrico*, Der Werth des *Westphal*'schen Reflexes und des Pupillenreflexes. Gesammelte Abhandlungen über Neuropathologie und Psychiatrie.

Aetiologie 232*

Straham, Zunahme der Geistesstörungen und Neurosen. *Hyslop, Th. B.*, Sonnenstich und Irresein. *Kiernan*, Die psychischen Symptome bei Phthisis. *Palawski, A.*, Ein Fall von vorübergehender Psychose im Verlauf eines Anthrax der Nackengegend. *Ladame*, Psychosen nach Influenza. *Müller, Friedrich*, Ueber cerebrale Störungen nach Influenza. *D'Abundo*, Influenza und Geistesstörung. *Peyer, Alexander*, Der unvollständige Beischlaf und seine Folgen beim männlichen Geschlechte. Eine Studie aus der Praxis.

Therapie 236*

Ewart, Th., Zwei- u. Dreiradfahren für Geisteskranke. *Neisser, Clemens*, Die Bettbehandlung der Irren. *Hebold*, Bettbehandlung und Zelle. Vortrag, gehalten im psychiatr. Verein zu Berlin am 15. Dec. 1890. *Ventra* e *Fronda*, Die subcutanen Injectionen mit Testikelsaft der Säugethiere in der Behandlung der Geistesstörungen.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . . 237*

Schnopfhagen, F., Die Entstehung der Windungen des Grosshirns. *Keraval, P.*, Ueber die Hirnrindenfasern in den verschiedenen Formen von Demenz. *Rozie, James*, Ein Fall von Hämorrhagie in der Brücke. *Rozie*, Ein Fall von Hirntumor. *Conolly Norman*, Ein Fall von intracraniellem Tumor. *Nonne, M.*, Ueber eine eigenthümliche familiäre Erkrankungsform des Centralnervensystems. *Buchholz*, Beitrag zur Kenntniss der Hirngliome. *Werdnig, G.*, Zwei frühinfantile hereditäre Fälle von progressiver Muskelatrophie unter dem Bilde der Dystrophie, aber auf neurotischer Grundlage. *Popoff*, Ueber die Veränderungen der Nervenelemente des Centralnervensystems bei der Hundswuth. *Keller, Eduard*, Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Idiotie. *Morselli, Enrico*, Ueber Anomalien des Occiput bei Geisteskranken. *Verga, G. B.*, Die pathologische Anatomie der Pellagra. *Roth, W. K.* u. *Muratow, W. A.*, Zur Pathologie des Grosshirns. *Bucelski, S.*, Ueber Veränderungen in den Nervenzellen bei der Paralysis progressiva. *Awtokratow*, Zur Frage der Kleinhirntumoren. *Kuznetcow, K.*, Ein Fall von Geschwulst des Tentorium cerebelli.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn 246*

Charcot, Ueber einen Fall von ophthalmoplegischer Migräne (Periodische Oculomotorius-Lähmung). *Ladame*, Die Zweifel-

Digitized by Google

Seite

sucht u. die Berührungsfurcht. *Dagonet, H.*, Klinische Studie über den Verfolgungswahn. *Journiac* u. *Sérieux*, Klinische Vorlesungen über die chronische Paranoia mit systematischer Entwickelung (aus *Magnan*'s Klinik) Vorles. VI—IX. (Forts.) *Klinke*, Ein Fall von Sinnestäuschungen und Zwangsvorstellungen. *Donath*, Ueber traumatische Neurosen. *Frenkl*, Ein Fall von Neurosis traumatica (Railway spine). *Sérieux*, Chronische Paranoia und die Degenerationspsychosen. *Séglas* et *Sollier*, Puerperales Irresein; Amnesie; Astasie-Abasie. *Hoffmann*, Erfahrungen über traumatische Neurose. *Walton, G. L.*, Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neuro-Psychosen. *von Krafft-Ebing*, Ueber Manie. Klinischer Vortrag. *Kowalewski, P. J.*, Zur Lehre über das Wesen der Neurasthenie. *Laschtschenka, P. N.*, Paranoia melancholia. *Bechterew*, Ein Fall von Zwangsvorstellungen geheilt durch Autosuggestion in der ersten Periode der Hypnose. *Hack-Tuke*, Zwangsvorstellungen ohne Wahnideen. *Rosenbach, P. Ja.*, Ueber einige acute Formen des Wahnsinns und ihr Verhalten zur primären Verrücktheit. *Serbski, W. P.*, Formen psychischer Störung, welche unter dem Namen der Katatonie beschrieben worden sind. *Korsakow, S. S.*, Zur Symptomatologie der polineuritischen Form der Psychosen nach Typhus. *Korsakow, S. S.* u. *Serbski, W. P.*, Ein Fall von polineuritischer Psychose mit Autopsie. *Christiani, Andrea*, Beitrag zum Studium der primären Verrücktheit. *Abundo, Gius.*, Schreibekrampf der Linkshändigen. *v. Krafft-Ebing*, Neue Forschungen auf dem Gebiete der Psychopathia sexualis. *v. Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. *Dehio*, Erfahrungen über einige neuere Schlafmittel. *Roubinovitsch, J.*, Ueber das Sulfonal bei Geisteskranken (Forts.). *Sicchicelli, Cels.*, Ueber die Wirkung des Hyoscins.

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 262*

Stark (Stephansfeld), Zur Frage der Zunahme der progressiven Paralyse. Vortrag. *Folsom* (Boston), Das erste Stadium der allgemeinen Paralyse. *Cuylits*, Geistige Ueberarbeitung und paralytische Geistesstörung. *Cullerre*, Mittheilung über die allgemeine Paralyse bei Ehegatten. *Malfilatre*, Ueber die ursächliche Bedeutung der Rückenmarksleiden in der allgemeinen Paralyse. *Pick* (Prag), Ueber periphere Neuritis im Verlaufe der Dementia paralytica, nebst Bemerkungen über die Complication dieser letzteren mit Imbecillität. *Olliver*, Analyse einiger Augensymptome bei der sogenannten allgemeinen Paralyse. *Meschede* (Königsberg), Ueber hysteriforme Anfälle im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. *Lailler* (Rouen), Betrachtungen über den Urin in der allgemeinen Paralyse. *Gellhorn*, Die Hallucinationen bei der Dementia paralytica und eine kurze Kritik derselben, zugleich ein Beitrag zur Lehre von den Hallucinationen. *Lissauer* (Breslau), Sehhügelveränderungen bei progressiver Paralyse. *Schütz* (Leipzig), Ueber Veränderungen in den vorderen Vierhügeln

Digitized by Google

Seite

bei der progressiven Paralyse. *Wagner*, Ein Fall von Trepanation in der allgemeinen Paralyse. *Uspenski, S. N.*, Paralysis progr. auf alkoholischer Grundlage. Discussion über die Syphilis-Paralyse-Frage auf dem ersten französischen nationalen Congress für Psychiatrie zu Rouen, am 5.—8. August 1890. *Régnier*, Die Beziehung der Gehirnsyphilis zu der allgemeinen Paralyse. *Régis*, Ueber Syphilis und allgemeine Paralyse. *Cullerre*, Gleiches Thema. *Voisin*, Die Bedeutung der Syphilis in der allgemeinen Paralyse. *Rouillard*, Gleiches Thema. *Bjelakow*, Pachycephalia et Dementia paralytica praecox in einem Falle von erblicher Syphilis. *Siemerling* (Berlin), Zur Syphilis des Centralnervensystems. *Bauke* (Wasserheilanstalt Sonneberg i. Th.), Zur Therapie der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems. *Gajkiewicz, W.*, Klinische Vorlesungen No. 18. 19. 20. Die Syphilis des Nervensystems.

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 281*

Zenner, Th., Behandlung der Epilepsie. *Bakowski*, Neun Monate dauernde Epilepsie in Folge von cariösen Zähnen. Ein Beitrag zur Casuistik der Reflexepilepsie. *Kramer, Leopold*, Ueber Epilepsia cursoria seu rotatoria. *Camuset*, Ein Fall von Tetanus bei einem Epileptiker. *Gonzales, Ed.* e *Verga, G. B.*, Worttaubheit, Wortblindheit etc.; Epileptische Anfälle. *Gallerani, Giov.* u. *Lussana, Fel.*, Das Cinchonidin. Beitrag zur Pathogenese der Epilepsie. *Yemans*, Trepanation bei Epilepsie. *Charcot* et *Guinon*, Das Oedem der Hysterischen. Das Zittern der Hysterischen. *Ballet* et *Tissier*, Hysterisches Stottern. *Kern*, Hysterische Krämpfe in der Armee. *Giraudeau*, Stenose der Mitralis und Hysterie beim Manne. *Babinski*, Die „Migraine ophthalmique hystérique". *Souques*, Die männliche Hysterie. *Pitres*, Neurasthenie und traumatische Hystero-Neurasthenie. *Webber*, Fälle von Hysterie mit Hypnotismus behandelt. *Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, Die Ernährung bei Hysterie. Die Ernährung während der Anorexie, dem Erbrechen und der permanenten motorischen Störungen der Hysterie. *Gilles de la Tourette* et *Cathelineau*, Die Ernährung bei Hysterie. *Wichmann*, Eine sogen. Veitstanzepidemie in Wildbad. *Brissaud*, Der saltatorische Krampf. *Tokarski, A. A.*, Die sogen. Krankheit „Merjatschenie" und die Krankheit der krampfhaften Zuckungen.

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Peretti-Merzig . . . 310*

Wright, T. L., Die Trunkenheit. Ihr Einfluss auf die Moralität. *Hughes, C. H.*, Die psychopathischen Folgen der erblichen alkoholischen Belastung. *Jakimow, N.*, Ueber Trunksucht und den Einfluss des Alkohols auf Veränderungen des Nervensystems. Aus der Klinik des Prof. *Mierzejewski*. *Ladame*, Hypnotismus und Suggestion in der Behandlung der Trunksucht und Dipsomanie. *Forel, August*, Die Trinksitten, ihre

Digitized by Google

Seite

hygienische und sociale Bedeutung, ihre Beziehungen zur akademischen Jugend. *Hart, Ernest,* Das Aethertrinken, seine Verbreitung und seine Folgen. *Goldflam,* Ueber eine eigenthümliche Form von periodischer, familiärer, wahrscheinlich autointoxicatorischer Paralyse.

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart 319*

Fletcher-Beach, Gehirnerkrankungen bei Schwachsinnigen. *Sainsburry, H.,* Spracherschwerung. *Plaseton, J. W.,* Schrumpfung einer Hemisphäre und nachfolgende Pachymeningitis. *Willmarth, A. W.,* Untersuchung von 100 Gehirnen schwachsinniger Kinder. *Bullen, John,* Krankengeschichte eines syphilitischen, epileptischen Idioten. Die Anstalt für geistesschwache Kinder zu Schwerin in Mecklenburg in den Jahren 1867—90. Scheuern bei Nassau. Mariaberg.

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 326*

Garnier, Sam., Des Dispositions de l'Article V du Projet de Loi sénatorial sur les Aliénés. *Marandon du Montyel,* Du Personel médico-administratif des Asiles et de son recrutement. *Needham, Fr.,* 30 years of Lunacy Practice. *Yellowlees,* President. Address, del. at the Ann. Meeting of the Med. Psych. Assoc., Gartnavel, Glasgow, Jul. 24. Leubus. Brieg. Plagwitz. Nieder-Marsberg. Lengerich. Münster. Eickelborn. Schwetz. Eichberg. Königsberg i. Pr. St. Urban. Rendiconto statistico e morale del Manicomio interprov. V. E. II. Pontiac. Pennsylvania Hosp. New-York. Luzern. *Baschenow, N. N.,* Vierundeinhalbjährige psychiatrische Thätigkeit in einer Provinzialanstalt der Semstwo. *Ginsburg-Schik, D. G.,* Bericht über die Chersoner Gouvernements-Irrenanstalt der Semstwo für das J. 1889. *Greidenberg, B. S.,* Bericht über die Irrenabtheilung der Simpheropolschen Wohlthätigkeitsanstalt für das Jahr 1889. *Steinberg, S. J.,* Jahresbericht der Saratowschen Gouvernements-Irrenanstalt, der Semstwo für das Jahr 1888. *Ewgrafow, K. R.,* Bericht für das Jahr 1888 über die psychiatr. Abtheilung des Gouvernementshospitals in Pensa. *Barteling, F. J.,* Aerztl. Bericht für das Jahr 1889 über die psychiatr. Abtheilung der Irrenanstalt der Semstwo in Tambowsk. *Rothe, A. v.,* Bericht für das Jahr 1888 über die männl. Irrenanstalt des heil. Johannes a Deo in Warschau.

12. Statistik. Ref.: Tigges-Düsseldorf 339*

Thomsen (Kappeln), Beobachtungen über den Selbstmord. Die Selbstmorde der Schüler in Preussen. *Gucci, Raff.,* Die geographische Vertheilung der Geistesstörungen in der Provinz Florenz. 44. Bericht der „Commissioners in Lunacy". 32. Jahresbericht für die Irrenpflege in Schottland. 39. Jahresbericht für die Irrenpflege in Irland. 1890.

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIV. OF MICH.
AUG 30 1907

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06220 4675

Digitized by Google